Aus dem Basler Frauenspital.

(Direktion: Prof. Dr. v. Herff.)

Die Ergebnisse der im Basler Frauenspital in den Jahren 1901-1907 ausgeführten Myomoperationen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Emil Hörler, prakt. Arzt
aus Teufen (Appenzell A. Rh.)

Genehmigt auf Antrag des
Herrn Prof. Dr. von Herff.

Aarau, 1907.
Druck von H. R. Sauerländer & Co.

Aus dem Basler Frauenspital.
(Direktion: Prof. Dr. v. Herff.)

Die Ergebnisse der im Basler Frauenspital in den Jahren 1901-1907 ausgeführten Myomoperationen.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Emil Hörler, prakt. Arzt
aus Teufen (Appenzell A. Rh.)

Aarau, 1907.
Druck von H. R. Sauerländer & Co.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dieergebnisseder0000emil

Meiner Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Einfach und klar sind die Indikationen der Ovariotomie. Eierstocksneubildungen führen über kurz oder lang zum Tode, während ein solcher Ausgang bei Uterusmyom nur ausnahmsweise vorkommt. Operationslustige Gynäkologen haben namentlich in neuerer Zeit oft mit vielfachen Übertreibungen auf die Möglichkeit der sarkomatösen Degeneration der Myome, die Häufigkeit des Zusammentreffens von Myom und Corpuscarcinom aufmerksam gemacht.

Die Myome sind aber, wie zahlreiche Arbeiten der letzten zwei Dezennien zur Genüge gezeigt haben, nur in den seltensten Fällen lebensgefährlich. Die meisten Myompatientinnen suchen wegen ihrer lästigen Blutungen, wegen mehr oder weniger erheblicher Beschwerden oder auch nur aus dem Grunde den Operateur auf, weil sie zufällig erfahren haben, daß eine Geschwulst in ihrem Leibe sitze. Von einer direkten Gefährdung des Lebens ist in diesen Fällen meistens nicht die Rede, und es handelt sich für den Operateur nun darum, zu entscheiden, ob es für die Hilfesuchende ratsam ist, sich den Gefahren einer eingreifenderen Operation zu unterziehen, um von den Beschwerden befreit zu werden. Aus diesen Gründen wohl haben nahmhafte Gynäkologen den Indikationen genaue Grenzen zu geben und dieselben von ganz bestimmten, das Krankheitsbild beherrschenden Symptomen abhängig zu machen versucht. Als solche Indikationen gelten jetzt allgemein erhebliche Größe mit Raumbeengung, rapides Wachstum und beträchtliche Blutungen. Mit dieser Präzisierung ist aber wenig oder gar nichts gewonnen. Von all diesen aufgestellten Indikationen kann man außer der Incarceration der Blase und rasches Wachstum noch am ehesten die Blutungen gelten lassen. Aber es gibt noch eine ganze Reihe vorzüglicher Mittel zur Bekämpfung der Blutungen, wie Ergotin, Hydrastis, Stypticin, Gelatine. Noch sicherer als diese innerlichen Mittel verspricht eine gründliche Abrasio mucosae mit nachfolgender intrauteriner Behandlung Erfolg. Nach erfolgloser Anwendung dieser zu Gebote stehenden Mittel wird wohl die Entscheidung bezüglich eines operativen Eingriffes leicht zu treffen sein.

Die operative Behandlung der Uterusmyome kann bei derem wechselvollen Krankheitsbilde nie schematisierend, sondern muß eine streng individualisierende sein. Bei gegebener Indikation zur Ope-

ration darf niemals ein bestimmtes Operationsverfahren aus Prinzip erzwungen werden. Lage-, Wachstumsverhältnisse, anatomische Beschaffenheit des Myoms selbst, sowie die speziellen, sozialen und äußern Verhältnisse sollen bei der Auswahl der gerade für die Myomoperationen so zahlreich zur Verfügung stehenden Methoden in erster Linie maßgebend sein.

In dem Zeitraum von 6⅓ Jahren (vom 1. April 1901 bis zum 31. Juli 1907) wurden im Basler Frauenspital 252 operationsbedürftige Myompatientinnen aufgenommen, worunter sich 21 Privatpatientinnen befanden. Ohne Operation wurden wieder 28 entlassen. Verweigert wurde ein vorgeschlagener operativer Eingriff in 3 Fällen. Bei 3 Patientinnen war eine Operation contraindiciert; 1mal wegen schwerer chronischer, parenchymatöser Nephritis mit 1 gr Eiweißausscheidung pro Tag, und 2mal machte je ein schweres Vitium cordis mit Kompensationsstörungen eine Operation unmöglich. Bei 22 Patientinnen wurde zur Bekämpfung der Blutungen eine gründliche Curettage vorgenommen und nach längstens 10 Tagen wieder entlassen mit der Anweisung, sich unter ärztliche Kontrolle zu stellen. In 3 Fällen bestand der operative Eingriff in einer Probelaparotomie.

Fall 1: 57 j., verh. IV p., seit 5 Jahren Menopause; bemerkt seit 12 Jahren eine Geschwulst im Leib. In letzter Zeit heftigste Schmerzen und Magenbeschwerden. Die vorgenommene Probelaparotomie ergab Myomata uteri subserosa, Carcinoma beider Ovarien, des Magens, des Darms und des Pankreas. Entlassen 19 Tage p. op. mit lineär geheilter Bauchwunde. Exitus zu Hause nach ca. 7 Monaten.

Fall 2: 53 j., verh. VI p. Menopause seit 1 Jahr. Auffallende Abmagerung seit 4 Wochen. Die Eröffnung der Abdomens ergab: Großhöckeriges Myosarcoma uteri, der Aorta und Vena cava sehr eng anliegend und bis zum II. Lendenwirbel reichend, mit den Darmschlingen und Bauchwand aufs innigste verwachsen. Zahlreiche Metastasen längs der Aorta.

Fall 3: 57 j. verh., III p. hat vor 2 Jahren die ihr vorgeschlagene Operation verweigert, weil keine Schmerzen bestanden. Hochgradige Abmagerung seit ½ Jahr, Blasenbeschwerden. Probelaparotomie ließ den Tumor als Myosarcom erkennen, Uterus und Adnexe eine nahezu unkenntliche Masse bildend, welche in der Mitte des lig. Poupartii mit dem Unterhautzellgewebe verwachsen ist. Obschon die Entfernung des Tumors technisch möglich gewesen wäre,

wurde mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand und die zahlreichen Drüsenmetastasen von einer Radikaloperation Umgang genommen. Heilungsverlauf afebril bis zum 9. Tag. Am 11. Tag Operationswunde p. p. 12. Tag: Bildung einer Kotfistel am obern Ende der Laparotomiewunde. Nekrose schreitet rasch weiter. 29. Tag: Blut im Stuhl; Allgemeinbefinden sehr schlecht. Hohes Fieber, allgemeiner Kräftezerfall. Exitus am 59. Tag p. op. Sektion: Myosarkoma uteri mit Durchbruch ins Rectum. Metastasen in den Mesenterial- und Trachealdrüsen.

An den übrigen 221 Patientinnen (inkl. 20 Privatpatientinnen) wurden je nach den im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnissen die verschiedensten Myomoperationen ausgeführt. Die Krankengeschichten der klinischen Patientinnen sind in Form einer Tabelle nach den zur Anwendung gekommenen Operationsmethoden zusammengestellt. Diese Tabelle gibt ferner Aufschluß über das Alter der zur Operation gekommenen Patientinnen, über die Zahl der vorangegangenen Geburten, über die Symptome, die Indikation zur Operation und über den Heilungsverlauf.

Was nun die allgemeinen Verhältnisse der 201 in der Tabelle aufgeführten klinischen Patientinnen anbetrifft, so ist zu bemerken, daß sich unter denselben 133 verheiratete und 68 ledige Personen befanden. Niemals geboren haben 91 im Gegensatz zu 110 Patientinnen, welche sich wieder auf 35 I p. und 75 Mehrgebärende verteilen. Unter den 91 O parae waren 62 ledig und 29 verheiratet. Unter den 35 I parae befanden sich 5 Ledige. Von den 75 Mehrgebärenden war nur 1 Patientin ledig (II p.) Die höchste Geburtenzahl betrug 18. Auffallend an diesen Zahlen ist die hohe Frequenz der O parae mit 91 Personen, also nahezu die Hälfte der zur Operation gekommenen Patientinnen (45,27 %).

Die jüngste Patientin hatte ein Alter von 25 Jahren (Nr. 73), die älteste zählte 72 Lenze. Doederleins jüngste Patientin (Archiv für Gynäkologie, Band 79, Heft 2) hatte ein Alter von nur 17 Jahren. Hofmeiers jüngste Patientin war 22 Jahre alt. („Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus". Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. II, H. 10, 1902). Im Alter von 26 bis 30 Jahren befanden sich im Basler Material (201 Fälle) 8. Mit zunehmendem Alter steigen die Zahlen wie folgt:

Zwischen dem 31. bis 35. Lebensjahre standen 16 Patientinnen
„ „ 36. „ 40. „ „ 37 „
„ „ 41. „ 45. „ „ 68 „

Jetzt sinkt die Zahl wieder rasch auf 40 zwischen dem 46. bis 50. Lebensjahr, auf 24 zwischen dem 51. bis 55. Lebensjahr. Im Alter zwischen 56 bis 60 Jahren waren 5 Patientinnen, um mit 2 über dem 60. Lebensjahr wieder abzuklingen. Das Myom ist also die Erkrankung der Frau zwischen dem 30. bis 50. Lebensjahr, was man überall der in dieser Hinsicht in der Literatur zusammengestellten Fälle bestätigt findet. In der nun folgenden Tabelle sind diese Verhältnisse nochmals übersichtlich zusammengestellt.

Alter u. Geburtenzahl von 201 Myomoperierten (exkl. 20 Privatpatientinnen).

1. Alter		2. Geburtenzahl					
Lebensjahre	Zahl	? para	verheiratet	ledig	Summe d. Opar.	Summe der I par.	Summe der ∞ p.
20 — 25	1	Op.	29	62	91		
26 — 30	8	I p.	30	5		35	
31 — 35	16	II p.	23	1			
36 — 40	37	III p.	13				
41 — 45	68	IV p.	14				
46 — 50	40	V p.	8				75
51 — 55	24	VI—X p.	14				
56 — 60	5	XI-XV p.	1				
Über 60	2	XVIII p.	1				
Summe	201		133	68			

Unter den mannigfaltigen Symptomen der Myompatientinnen spielen Blutung, Schmerz und Blasenbeschwerden die Hauptrolle. Im Mittelpunkt dieser angeführten Symptome steht der vermehrte Blutabgang, der durch die nachfolgende hochgradige Anaemie die Patientin oft sehr herunterbringt.

Von den 201 klinischen Patientinnen litten 108 an pathologischen Blutungen. Diese 108 Blutungen verteilen sich auf 34 reine Menorrhagien, 67 teils Metrorrhagien, teils gemischte Blutungen und 7 Spätblutungen nach schon eingetretener Menopause. In den übrigen 93 Fällen war die Menstruation ohne Besonderheiten.

Von den 201 Myomoperierten waren 11 schon in die Menopause getreten. Was nun die Altersverhältnisse dieser Patientinnen betrifft, so mag nun folgende Zusammenstellung Aufschluß geben:

Von 130	Myompatientinnen	unter 45	Jahren	stand	0	in der	Menopause
„ 40	„	zw. 45—50	„	„	1	„ „	„
„ 24	„	51—55	„	standen	6	„ „	„
„ 5	„	56—60	„	„	2	„ „	„
„ 2	„	über 60	„	„	2	„ „	„
Von 201	Myompatientinnen			standen	11	in der	Menopause

Allgemein wird angenommen, daß die Menopause unter normalen Verhältnissen durchschnittlich mit dem 45. Lebensjahre eintritt. Von 71 Patientinnen, welche das 45. Lebensjahr hinter sich haben, sind 11 klimakterisch = 15,5 %, während 60 noch im Besitze ihrer Menstruation sind = 84,5 %. Von den 7 Patientinnen mit überschrittenem 50. Lebensjahre menstruieren noch 3. Diese aus dem Basler Material zusammengestellten Zahlen bestätigen ebenfalls die von *Hofmeier*, *Pfannenstiel*, *Winter* und anderen vertretene Ansicht, daß der Eintritt der Menopause bei Myompatientinnen auffallend lange hinausgeschoben wird. *Winter* (Berliner klinische Wochenschrift, 1905, Nr. 27, S. 842) berechnet aus seinem Material, daß von 281 Myomkranken über 45 Jahren erst 19 % und von 111 Kranken über 50 Jahren 33 % in die Menopause getreten waren.

In den 11 oben erwähnten, in der Menopause operierten Fällen waren 7 mal Spätblutungen aufgetreten und zwar einmal durch einen Polypen (11). In 3 Fällen verursachte ein Adenocarcinoma corp. ut. myomatosi die verdächtigen Blutungen (48, 67, 190). In Fall 190 wurde das Carcinom erst p. op. diagnosticiert. In Fall 184 war die wieder aufgetretene Blutung durch ein sarkomatös degeneriertes, intramurales Myom bedingt, während in Fall 191 ein von der Korpusschleimhaut ausgehendes Riesenzellensarkom als corpus delicti gefunden wurde. Die Indikation zur Operation dieser in der Menopause stehenden Patientinnen war also 7mal durch die wieder aufgetretene Blutung, beziehungsweise durch deren Ursachen gegeben. In einem Fall (9) wurde anläßlich einer Ovariotomia sin. wegen Kystoma ov. sin. mit Rücksicht auf die Beschwerden verursachenden Myomata subserosa auch das andere Ovarium vollständig entfernt. 2mal (77, 133) bestand fragliche Malignität. Fall 82 wurde wegen hochgradigster Blasenbeschwerden operiert. Den Wachstums- und anatomischen Verhältnissen entsprechend wurden ausgeführt: Eine Castratio dpl. (9), eine Abtragung eines submucösen Polypen p. vag. (11), zwei vaginale Totalexstirpationen (48, 67), eine Abtragung eines subserösen Myoms p. lap. mit folgendem Exitus infolge von Myodegeneratio und Arterio-

sklerosis universalis (77), eine Enukleation eines intramuralen Myoms p. lap. (82), eine Amp. supravaginalis (133) und vier abdominale Totalexstirpationen (184, 185, 190, 191).

Über Blasenbeschwerden, wie Tenesmus, Dysurie, Ischurie, Incontinenz, und allgemeine Blasensymptome mehr unbestimmten Charakters klagten 66 Patientinnen = 32,7 %. Trotzdem nur selten an diesen mit Blasenbeschwerden behafteten Kranken eine genaue cystoskopische Untersuchung der Blase vorgenommen wurde, so darf doch mit großer Wahrscheinlichkeit die Ursache dieser Art von Beschwerden ebenfalls der Myomentwicklung untergeschoben werden, weil, wie aus den Anamnesen zur Genüge ersichtlich ist, die Patientinnen früher niemals über Symptome von seiten der Blase klagten und bei der Entlassung aus dem Spital nur noch vereinzelte Operierte mit Harnbeschwerden behaftet waren. Eine ziemlich beträchtliche Zahl von Patientinnen litt an Beschwerden mehr allgemeiner Natur wie Kopfweh, Engigkeit, Schmerzempfindungen, die sich über den ganzen Körper erstrecken. Eine Patientin litt an sehr unangenehmen, sich über den ganzen Körper ausbreitenden Paraesthesien. Inwiefern diese letzteren Beschwerden mit den Myomen in Zusammenhang zu bringen sind, wird wohl kaum zu entscheiden sein.

Von ganz bedeutsamen Einfluß auf die Operationstechnik und die Erfolge sind die anatomischen Verhältnisse der Myome. Die auf den verschiedenartigsten Wegen entfernten Myome erwiesen sich als rein submucös in 28, als rein intramural in 51 und als rein subserös in 45 Fällen. In den übrigen 77 Fällen handelte es sich um Kombination aller drei Wachstumsrichtungen. Inbezug auf die Größenverhältnisse der durch die solitären oder multiplen Myome bedingten Volumsvermehrung des Uterus förderten die Operationen 97 bis faustgroße, 80 bis kindskopfgroße, 18 bis mannskopfgroße und 6 wahre Riesentumoren zu Tage. Im Corpus uteri haben sich 184, im Cervix 18 Myome entwickelt. Die Häufigkeit der Cervixmyome von 8,9 % ist eine sehr hohe. Die Angaben darüber (*Veit*, Handbuch der Gynäkologie, 1907, Bd. I, S 428) schwanken von 0 % (*Amann*) und 0,55 % (*Bigelow*) bis zu 16 % (*Guyon* und *Courty*). In den von *Doederlein* operierten 360 Fällen (zusammengestellt von Sarwey im Archiv für Gynäkologie, Bd. 79, H. 2) finden sich 11 Cervixmyome, d. h. 3,05 %.

Ebenso wichtig für die Operationstechnik und Erfolge sind die Degenerationszustände im Myom und die Komplikationen, welche teils durch das Myom selbst bedingt sind oder neben der Myomentwicklung

ohne ursächlichen Zusammenhang mit derselben bestehen. Von degenerativen Vorgängen fanden sich unter den 201 klinischen Fällen 8mal Nekrose und Gangraen, 11mal cystische, je 2mal myxomatöse und sarkomatöse, 1mal fibröse Degeneration, 1mal Verkalkung, ein Adenomyom und 1 vollständig durchblutetes Myom. Zu obigen 2 Fällen von sarkomatösen Degenerationen kommen noch die 2 Fälle unter den Probelaparotomien hinzu, so daß dann also unter 204 Fällen 4mal diese Degenerationsform beobachtet wurde. Die Häufigkeit der sarkomatösen Degeneration beträgt also nach dem Basler Material 1,79 %. *Veit* hat in seinem Handbuch der Gynäkologie, 1907, Bd. I, S. 654/55 die Myomfälle von 15 Autoren zusammengestellt und gefunden, daß die Häufigkeit des Sarkoms 1,2 % (77 Sarkome auf 6480 Myomfälle) beträgt.

Im fernern waren unsere Myome 35mal durch intraligamentäre Entwicklung kompliziert. Einmal wurde im Parametrium ein ganz isoliertes Myom gefunden, so daß es unmöglich war, zu entscheiden, ob dieser Tumor intraligamentär entstanden oder nur eingewandert war. 16mal wurde die Operation durch mehr oder weniger ausdehnte Verwachsungen mit dem Peritoneum, Blase, Darm, Netz erschwert. Schleimhautpolypen wurden neben den Myomen in 2 Fällen beobachtet. In Fall 169 hatte ein 1500 gr. schweres, auf der linken Uteruskante sitzendes, subseröses Myom den Uterus um 180° torquiert. Wieviel mal Herzdegeneration infolge der bestehenden Myome vorhanden war, konnte leider aus dem Krankengeschichtenmaterial nicht mit Sicherheit ermittelt werden. Etwas vage Angaben, wie dumpfe Herztöne, Unregelmäßigkeiten in der Pulsfrequenz, finden sich in zirka 20 Fällen aufgezeichnet.

Auffallend häufig sind die coincidierenden Komplikationen, welche neben der Myomerkrankung in Erkrankungen des Uterus, der Adnexe, der Parametrien und des Peritoneums bestehen. Die Kombination von Myom mit Carcinom kam in 9 Fällen zur Beobachtung. Während nur 1 Portiocarcinom und 2 Cervixcarcinome zu verzeichnen sind, so entfallen auf das Corpus uteri 6 typische Adenocarcinome. Die Häufigkeit letzterer Kombination läßt unwillkürlich den Verdacht eines Zusammenhanges von Corpuscarcinom mit Myom aufkommen, was ja bei der Häufigkeit, mit welcher Myome endometritische Veränderungen, namentlich Endometritis hyperplastica, verursachen, ganz plausibel erscheint, wenn man die schon von verschiedenen Autoren betonte Umwandlung des hyperplastischen Endometriums in Carcinom für möglich hält. Wenn wir nun unsere Fälle mit den in *Veits* Hand-

buch der Gynäkologie 1907, Bd. 1, S. 656, zusammengestellten Fällen vergleichen, so ergibt sich folgende Übersicht:

Carle	sah in	279	Myomfällen	2	Corpuscarcinome		
Fehling	„ „	409	„	1	„		
Lauwers	„ „	200	„	2	„		
Winter	„ „	753	„	10	„		
Hofmeier	„ „	445	„	9	„		
Doederlein	„ „	233	„	3	„		
Bovée (l. c.)	„ „	1398	„	32	„		
Haultain (l. c.)	„ „	120	„	5	„		
Olshausen	„ „	177	„	21	„		
v. Herff	„ „	224	„	6	„		2,7%
		4238	Myomfällen	91	Corpuscarcinom		2,2%

An Ovarialerkrankungen kamen vor 6mal Oophoritis, 20 Kystoma ovarii, Pyoovarium 3mal, Dermoid 2mal, je 1mal Haematoma ov. und Carc. ov. Parovarialcyste wurde in einem Falle beobachtet. Die Tubenerkrankungen bestanden in Salpingitis 8mal, Hydrosalpinx 5 und Pyosalpinx 4mal. Eine Haematocele retrouterina wurde 1mal gefunden. Gravidität bestand unter den 221 zur Operation gekommenen Patientinnen 4mal und zwar 2mal im IV.—V. Monat, 1mal im III. und 1mal im VI. Monat. In 2 Fällen wurde die Myomektomie vorgenommen ohne daß die Schwangerschaft unterbrochen wurde. In Fall 161 scheiterte die Enukleation, sodaß der Uterus supravaginal amputiert werden mußte. Im 4. Fall wurde die Gravidität erst p. op. erkannt. An weiteren Komplikationen seien noch erwähnt 1 Lipom im parametranen Bindegewebe, 4mal Parametritis, Pelveoperitonitis 1mal, 1 Hydatide. Im Fall 78 war das Coecum und Colon ascendens um 360° torquiert. Die Zahl der Komplikationen beträgt also für die durch das Myom selbst bedingte 102 (inkl. 20 Myodegeneratio cordis). An coincidierenden Komplikationen wurden 73 aufgezeichnet. Die Zahl aller gefundenen Komplikationen beträgt somit 175.

Unter den vielen Nebenbefunden möchte ich nur folgende erwähnen: Descensus und Prolapsus vag. 19; Descensus und Prolap. ut. 6; Perityphlitis 1; Hernia umbilicalis 3mal.

Die 221 Operierten verteilen sich auf 201 klinische und 20 Privatpatientinnen. Von ersteren fallen für die Zusammenstellung bezüglich der primären Erfolge außer Betracht die Fälle 27, 48, 58, 67, 180, 193, 198, in welchen 4mal ein Adenocarcinoma corp., 2mal ein Cervixcarcinom (193, 198) und 1mal 1 Plattenepithelkrebs der

Portio (58) vorlag, und die Myome nur zufällige Nebenbefunde darstellten. In den Fällen 190 und 199 wurde das Carcinom erst nach der Operation diagnosticiert, und die abdominelle Totalexstirpation wurde der Myome wegen ausgeführt. In obigen 7 Fällen war die Exstirpatio uteri totius durch das Carcinom indiziert, weswegen diese Fälle mit Recht von der nun folgenden Zusammenstellung auszuschließen sind. Es bleiben also für die Zusammenstellung noch 214 Fälle.

Operationsmethoden	Fälle	Gestorben	Todesursache nach dem Sektionsergebnis.
I. Kastrationen	10		
II. Vaginale Operationen.			
A. Konservative:			
1. Entfernung von Polypen .	6		
2. Kolpotomien	5		
B. Radikale:			
Vag. Totalexstirpation . . .	49	2	1 Peritonitis, 1 Lungenembolie.
III. Abdominale Operationen.			
A. Konservative:			
1. Abtragen subs. Myome .	9	1	Myodegeneratio cordis.
2. Enukleationen	6	1	Peritonitis.
B. Radikale:			
1. Amputatio supravag. . .	106	4	2 Peritonitis, 2 Myodegener. cordis.
2. Totalexstirpation . . .	23	2	1 Myodegeneratio, 1 Hirnembolie infolge Endokarditis mitralis.
	214	10	= 4,6 % Gesamtmortalität.

Die 10 Kastrationen wurden aus folgenden Gründen ausgeführt: In 5 Fällen war eine eingreifendere Operation wegen des bedenklichen Allgemeinzustandes direkt contraindiciert. 1mal war die beabsichtigte Enukleation technisch unmöglich, in einem andern Fall (6) saß der Tumor fest und tief im Becken, so daß er nicht ohne große Gefahren hätte entfernt werden können. 2mal wurde anläßlich einer Ovariotomie wegen Kystoma ovarii mit Rücksicht auf die Beschwerden verursachenden Myome auch das andere Ovarium entfernt. Bei einer doppelseitigen Salpingoophoritis, kombiniert mit multiplen subserösen Myomen, wurden ebenfalls nur die Adnexe entfernt.

Der vaginale Weg wurde 60mal (28 %) gewählt, worunter 6 einfache Abtragungen myomatöser Polypen und 5 Colpotomien zur Entfernung von submucösen Myomen waren. Die vaginale Total-

exstripation des myomatösen Uterus wurde in 49 Fällen vorgenommen; 23mal mußte das Morcellement zu Hilfe genommen werden, um manchmal bis kindskopfgroße Tumoren p. vag. entfernen zu können.

Abdominale Operationen, exl. 10 Kastrationen, wurden 144 ausgeführt, wovon 9 auf das Abtragen gestielter, subseröser Myome und 6 auf Enukleationen interstitieller Geschwulstbildungen entfallen. Die übrigen abdominellen Operationen verteilen sich auf 106 Amputationes supravaginales und 23 Totalexstirpationen. Im ganzen sind somit nun 178 Radikaloperationen (vag. Totalexstirpation, Amputatio supravag., abdominale Totalexstirpation) und 26 konservative Eingriffe ausgeführt worden.

Während des Heilungsverlaufes, der durchschnittlich 4 Wochen beanspruchte, sind beobachtet worden 15mal Thrombophlebitis, 6mal Cystitis, 1mal Pyelitis, 2mal Parametritis, je 2mal Pleuritis, Pericarditis, Bronchitis und je 1mal Gastroenteritis und Embolie der Lungen.

Von den 204 Operierten (exkl. Kastrierte) konnten 191 nach durchschnittlich 4 Wochen geheilt entlassen werden. 1 Patientin wurde wegen hinzugekommener Parametritis nur gegen Verzichtschein entlassen. Eine andere Operierte verließ das Spital mit einer Kotfistel, eine dritte mußte wegen fortgeschrittener Phthisis pulm. auf die med. Abteilung transferiert werden. Ad exitum sind 10 Fälle gekommen. Unmittelbar nach der Operation starb 1 Patientin, eine andere nach 14 Stunden, die übrigen zwischen dem zweiten und achten Tag p. op.

Die Gesamtmortalität beträgt auf 204 Fälle (exkl. Kastrationen) mit 10 Todesfällen 4,9 %. Die vaginalen Operationen auf 60 Fälle mit 2 Todesfällen ergeben eine Mortalität von 3,3 %. Wesentlich höher stellt sich die Sterblichkeitsziffer bei den abdominellen Operationen, bei welchen auf 144 Fälle 8 Todesfälle kommen, was eine Mortalität von 5,5 % ergiebt. Wenn wir nun noch die Mortalität der konservativen Operationen derjenigen der radikalen Verfahren gegenüberstellen, so ergibt sich für erstere (26 Fälle mit 2 Todesfällen) eine Mortalität von 7,6 % und für letztere (178 Fälle mit 8 Todesfällen) eine solche von 4,4 %. Es seien nun noch einzelne Operationsmethoden herausgegriffen:

Vaginale Totalexstirpation	49	Fälle	mit	2	Todesfällen	= 4,08 %
Amputatio supravaginalis	106	„	„	4	„	= 3,7 %
Abdominale Totalexstirpation	23	„	„	2	„	= 8,6 %

Um diese Mortalitätsziffern richtig beurteilen zu können, so sei hier bemerkt, daß es sich hier nicht um eine sogenannte gereinigte Statistik handelt.

Die Todesursachen wurden jedesmal durch die im pathologischen Institut vorgenommene Sektion festgestellt und bestanden, wie aus obiger Tabelle ersichtlich ist 4mal in Myodegeneratio cordis (77, 91, 179, Privat), 1mal in Lungenembolie (41), 1mal in Embolie art. fossae Sylvii infolge einer Endokarditis mitralis (181) und 4mal in Peritonitis.

In 6 von diesen 10 Todesfällen fanden sich folgende Komplikationen: Cystisch degeneriertes Myom in Fall 77, 2mal intraligamentäre Entwicklung (86, 181), 1 Fibromyoma cervicis permagnum (91), 1 Riesentumor von 4000 gr Gewicht mit ausgedehnten Verwachsungen mit Peritoneum, Netz, Adnexen (109); in Fall 179 wurde die Operation erschwert durch ein Myoma intramurale gangraenosum, kompliziert durch Pyosalpinx dpl., Ovarialcyste, Alkoholherz. Ich glaube, daß in diesen 6 Fällen die oben angeführten Komplikationen an dem unglücklichen Ausgang der vorgenommenen Operationen mit verantwortlich zu machen sind.

Wenn man nun die Ergebnisse der an der Basler Klinik operierten Fälle mit den Statistiken anderer Autoren (Archiv für Gynäkologie, Bd. 79, Heft 2: „Über die primären Resultate und die Dauererfolge der modernen Myomoperationen von Dr. *O. Sarwey* und *Doederlein:* „Operative Gynäkologie", 21. Auflage, 1907,) vergleicht, so ergibt sich folgende Zusammenstellung.

I. Statistiken über vaginale Myomoperationen.

1. Von der Höhle aus:

Winter	hat	77	Fälle	mit	6	Todesfällen
Hofmeier	„	71	„	„	2	„
von Rosthorn . . .	„	118	„	„	1	„
Wyder	„	42	„	„	0	„
Carle	„	29	„	„	0	„
Doederlein	„	12	„	„	0	„
von Herff	„	6	„	„	0	„
Summe		355	Fälle	mit	9	Todesfällen = 2,5 %

2. Durch Kolpotomie.

Winter	hat	8	Fälle	mit	0	Todesfällen
Hofmeier	„	4	„	„	1	„
Wertheim	„	7	„	„	0	„
von Ott	„	27	„	„	1	„
Martin	„	55	„	„	3	„
Doederlein	„	8	„	„	0	„
von Herff	„	5	„	„	0	„

Summe 114 Fälle mit 5 Todesfällen = 4,3 %

3. Vaginale Totalexstirpation.

Fritsch	hat	40	Fälle	mit	1	Todesfall
Thorn	„	70	„	„	2	Todesfällen
Hofmeier	„	51	„	„	1	„
von Rosthorn	„	26	„	„	1	„
Amann	„	59	„	„	0	„
Schauta	„	148	„	„	5	„
Chrobak	„	120	„	„	5	„
Bumm	„	50	„	„	0	„
Leopold (Ehrenfreund)	„	151	„	„	6	„
Wertheim (Knapp)	„	124	„	„	0	„
Pfannenstiel (Bieberstein)	„	43	„	„	2	„
Winter	„	58	„	„	3	„
Doederlein	„	190	„	„	9	„
von Herff	„	49	„	„	2	„ = 4,0 %

Summe 1179 Fälle mit 37 Todesfällen = 3,1 %

II. Statistiken über abdominale Myomoperationen.

1. Abtragen subseröser Myome.

Winter	hat	12	Fälle	mit	0	Todesfällen
von Rosthorn	„	8	„	„	0	„
Hofmeier	„	25	„	„	1	„
Heinricius	„	13	„	„	1	„
Czerny	„	8	„	„	0	„
Küstner	„	11	„	„	0	„
Olshausen	„	39	„	„	5	„
Doederlein	„	7	„	„	1	„
von Herff	„	9	„	„	1	„

Summe 132 Fälle mit 9 Todesfällen = 6,8%

2. Enukleation.

von Rosthorn . . .	hat	14	Fälle	mit	1	Todesfall
Hofmeier	„	13	„	„	5	Todesfällen
Heinricius	„	25	„	„	1	„
Martin	„	14	„	„	4	„
Olshausen	„	66	„	„	5	„
Thorn	„	9	„	„	2	„
Engström	„	180	„	„	8	„
Tuffier	„	34	„	„	4	„
Schauta	„	25	„	„	5	„
Zweifel	„	11	„	„	2	„
Wyder	„	48	„	„	6	„
Winter	„	12	„	„	1	„
Doederlein	„	14	„	„	0	„
von Herff	„	6	„	„	1	„

Summe 471 Fälle mit 45 Todesfällen = 9,5 %

3. Amputatio supravaginalis.

Heinricius	hat	105	Fälle	mit	2	Todesfällen	
Hofmeier	„	118	„	„	5	„	
von Rosthorn . . .	„	122	„	„	4	„	
Wyder	„	77	„	„	6	„	
Olshausen	„	100	„	„	6	„	
Winter	„	167	„	„	9	„	
Doederlein	„	62	„	„	1	„	
von Herff	„	106	„	„	4	„	= 3,7 %

Summe 857 Fälle mit 37 Todesfällen = 4,3 %

4. Abdominale Totalexstirpation.

Zweifel	hat	16	Fälle	mit	2	Todesfällen
von Rosthorn . . .	„	56	„	„	9	„
Amann	„	30	„	„	1	„
L. Landau	„	32	„	„	0	„
Czempin	„	23	„	„	1	„
Thorn	„	21	„	„	3	„
Carle	„	129	„	„	6	„
Martin	„	26	„	„	5	„
Hofmeier	„	14	„	„	5	„

Übertrag 347 Fälle mit 32 Todesfällen

	Übertrag	347	Fälle mit	32	Todesfällen	
Bumm	hat	82	„ „	5	„	
Winter	„	3	„ „	1	„	
Doederlein	„	170	„ „	6	„	
von Herff	„	23	„ „	2	„	= 8,6 %
	Summe	625	Fälle mit	46	Todesfällen	= 7,36 %

Nun möchte ich noch eine Gesamtstatistik der Myomoperationen, die im Basler Frauenspital seit dessen Bestehen 1896 — 1907 ausgeführt worden sind, geben:

Operationsmethode	Bumm		von Herff		Total		
	Fälle	†	Fälle	†	Fälle	†	Mortalität %
Colpotomien	6	0	5	0	11	0	0
Hysterektomia vaginal. . .	52	0	49	2	101	2	2
Enukleatio p. lap. . . .	?	?	6	1	6	1	16,6
Abtragen subs. Myome . .	3	0	9	1	12	1	8,3
Amputatio supravag. . .	2	1	106	4	108	5	4,6
Hysterektomia abdom. . .	59	4	23	2	82	6	7,3
Summe	122	5	198	10	320	15	4,7 %

Amputatio supravag. + Hysterektomia abdominalis.

	Fälle	Todesfälle	Mortalität %
Bumm	61	5	= 8,2
von Herff	129	6	= 4,6
	190	11	= 5,7

Berücksichtigt man die wahrscheinlichen Fehlergrenzen, so entsprechen diese Ergebnisse durchaus den besten, die anderwärts erzielt worden sind.

Die wichtigsten Ergebnisse, welche sich aus der statistischen Bearbeitung der an der Basler Klinik in den Jahren 1901—1907 ausgeführten Myomoperationen ergeben, sind folgende:

1. Die Gesamtmortalität der neueren Myomoperationen beträgt 4,9 %. Die Mortalität der abdominellen Operationen ist um zirka 2 % höher als die der vaginalen, 5,5 % gegen 3,3 %. Die Radikaloperationen mit 178 Fällen und 8 Todesfällen ergeben eine Mortalität von 4,4 %. Wesentlich ungünstiger sind die Verhältnisse bei den konservativen Eingriffen, bei welchen die Sterblichkeitsziffer 7,6 % (26 Fälle mit 2 Todesfällen) beträgt. Allerdings ist die Zahl so klein, daß der Zufall eine sehr große Rolle spielen kann.

2. Die Amputatio supravaginalis hat eine Sterblichkeitsziffer von 3,7 % (106 Fälle mit 4 Todesfällen) im Gegensatz zur abdominellen Totalexstirpation mit einer Mortalität von 8,6 % (23 Fälle mit 2 Todesfällen). Obige Statistiken bestätigen voll und ganz die an der Basler Klinik gemachten Erfahrungen. Dort steht die Amputatio supravaginalis mit 4,3 % Mortalität (857 Fälle mit 37 Todesfällen) der abdominalen Totalexstirpation mit 7,6 % Mortalität (604 Fälle mit 46 Todesfällen) gegenüber. In *Veits* Handbuch der Gynäkologie 1907, Bd. I, S. 738 finden wir darüber folgende Angaben: „*Doederlein* gibt die Mortalität der retroperitonealen Methode der Amputatio bei: 893 Fällen auf 61 = 6,81 % an; die der Panhysterectomie bei 1668 Fällen deutscher und ausländischer Operateure auf 148 = 8,27 %.“ Auf derselben Seite verdienen noch folgende Angaben unsere Aufmerksamkeit: „Wichtig und interessant an dieser Tabelle ist aber, daß bei den 11 Operateuren, welche die Fälle von Amputatio lieferten, die Mortalität nur zwischen 0 und 4,5 % schwankt, während dieselbe bei der Totalexstirpation unter 13 Operateuren sich von 0 auf 12 %, 15 %, 18 %, 19 % und 21 % hebt.“

Die Amputatio supravaginalis mit retroperitonealer Stumpfversorgung ist also wohl das richtige Verfahren in allen den Fällen, in welchen sich die Operation typisch ausführen läßt und nicht besondere Kontraindikationen, wie cervicale Entwicklung der Myome oder sarkomatöse Degeneration, Karcinom am Uterus, eitrige Prozensse am Uterus und putride Erkrankungen der Adnexe vorliegen.

Niemals wird es eine Methode geben, die für alle Myomfälle angewandt werden kann. Nirgends muß wohl bei der großen Variabilität des Krankheitsbildes der Myompatientinnen mehr individualisiert werden, als gerade bei der operativen Myombehandlung, wie dies schon *Pozzi*, *Mangiagalli* und viele andere Gynäkologen betont haben.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Herff für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Überlassung des Krankengeschichtenmaterials den verbindlichsten Dank auszusprechen.

Tabelle der Fälle. I. Kastrationen.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
1	1901/169	47 J. verh. 2 p. Schmerzen. Thrombophlebitis im l. Bein.	C. p. lap.	Myoma uteri interstit.: mannskopfgroß.	Operationsw. nach 10 Tg. p. p. Wegen Thrombophlebitis erst nach 11 Wochen entlassen. Uterus nur noch faustgroß. Nach 7 Monaten Uterus etwas größer als normal; keinerlei Beschwerden mehr.
2	02/226	43 J. verh. 3 p. heftige Beschwerden allgemeiner Natur. Obstipation, Harndrang.	C. p. lap.	Myoma uteri subs. intraligamentare. Descensus uteri, Prolap. vag. ant. (Myom kleinapfelgr. im r. lig. lat.)	Fieberfrei. Entl. 45 Tg. p. op. Tumor gleich groß wie beim Eintritt. Nach $1^1/_2$ Jahren Tumor fast verschwunden. Nach 3 Jahren Uterus nur wenig verdickt. Hernie p. lap.
3	03/299	35 J. led. 0 p. Menorrhagien. Schmerzen.	C. (Enukleation unmöglich). Salpingektomia sin. Enukleation-Resektion d. Struma.	Plumper, diff. myomatös. Uterus. Struma colloides.	Fieberfrei, Entl. n. 27 Tg., keine Nachuntersuchung.
4	03/358	46 J. led. 0 p. Krämpfe. Erschwerte Miction namentl. w. d. Periode.	C. p. lap.	Myomata uteri subs. et interstitial., kindskopfgroß.	Fieberfrei, tägl. 0.3 Ergotin subcutan, Entl. n. 20 Tg., Status wie beim Eintritt. Nach 1 Jahr völliges Wohlbefinden; keine Beschwerden.
5	03/383	43 J. verh. 2 p. Seit 3 J. Menorrh. u. Metrorhagien.	C. p. lap. wegen ganz schlechtem Ernährungszustand.	Myomata ut. submucos., subseros. et interstitial., kindskopfgroß.	Während d. ersten 3 Tage 38,1, Entl. n. 24 Tg. Tumor kleiner. Nach 2 Monaten Wohlbefinden, keine Blutung mehr.
6	04/114	46 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden, Obstipation.	C. p. lap. wegen schwerer Zugänglichkeit d. tief im Becken sitzenden Tumors.	Faustgroßer Uterus myomatos	Am 2. Tg. 38,4, 13. Tg. 38,1, 18. Tg. Embolie, Thrombophlebitis, Entl. n. 73 Tg., gebessert.

7	05/98	45 J. verh. 1 p. Menorrh. u. Metrorrhagien.	Salpingoophorectomia dupl. Myome werden erst bei der Op. entdeckt.	Salpingoophoritis dupl. Myomata ut. subserosa.	Am 1.—2. Tg. 38,0, Entl. n. 27 Tg., keine Nachuntersuchung.
8	05/440	57 J. led. 0 p. *Ovarialtumor.*	Anläßlich d. Ovariotomie wegen entdecktem Myom. *Castratio sin.*	Kystoma ov. dextr. pseudomucin. Myoma subseros.	1.—3. Tg. 38,1, 38,4, Entl. n. 27 Tagen.
9	07/338	53 J. verh. 4 p. Menop. seit 6 Jahr. *Kystoma ovarii* sin.	Ovariotomia sin. Wegen Myomata Castratio dextr.	Kystoma ovarii sin. Myomata subser.	Fieberfrei, nach 23 Tg. entl.

II. Vaginale Operationen.

A. Konservative Operationen.

1. Entfernung myomat. Polypen.

10	02/358	44 J. led. 1 p. Schwindelanfälle und Beengung auf der Brust seit einigen Jahren.	Excision mittels Schere; Curettage.	Nußgroßer Polyp. myom. von der hintern Wand in d. Höhe d. i. Mm. ausgehend.	Fieberfrei, Entl. n. 12 Tg.
11	02/371	51 J. verh. 8 p. Menopause seit 2 J. Seit einigen Mon. blutig. Ausfluß.	Abtragen mittels Schere.	Polyp, gestielt, 82 gr. mikroskop. sarkomähnliches Gewebe.	Fieberfrei, Entl. n. 12 Tg.
12	04/309	48 J. led. 0 p. Seit 1 J. beständ. Blutung, Schmerzen, Obstipation.	Polypotomie.	Polyp mit breitem Stiel, 160 gr. elastisch. Vit. cord.	Fieberfrei, n. 10 Tg. Entl.
13	05/441	51 J. verh. 8 p. Seit 3 Wochen Blutung. Ischias, Paraesthesien am ganzen Körper.	Enukleation (Morcellement).	Myoma ut. submuc. polyp. nekrot. 370 gr. zum größten Teil nekrotisch. breitbasiger Stiel.	1. Tg. 38,7, 3. Tg. 38,0, 15. Tg. 38,0, Entl. n. 40 Tg., noch sehr anaemisch.
14	05/493	53 J. verh. 5 p. Seit $^3/_4$ J. Herzklopfen, Krämpfe.	Abtragen mittels Schere. Curettage.	Polyp. fibromyomat. cervicis. Endomet. Myom. subseros. Descensus vag. ant. et post. Rupt. perinei incompl. Residua pelveocellulit.	Fieberfrei, Entl. n. 13 Tg.
15	03/404	40 J. verh. 3 p. Blutung.	Abtragen mittels Schere. Curettage.	Fibromyoma polyp. cervic.	Afebril. Entl. n. 16 Tg.

2. Operation durch Kolpotomie.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation	Operation	Art der Geschwulst, Nebenbefunde	Heilungsverlauf
16	02/55	47 J. verh. 2 p. Seit zwei Monat. lagl. Blutabgang.	Vordere Medianspaltung d. Uterus. Enukleation.	Fibromyoma submucosum. hühnereigroß.	1. Tg. Schüttelfrost. 41,0. 10 cm³ Collargol intravenös. 2stdl. Sublimatspül. Eisblase. Vom 3. Tg. afebril. Entl. am 23. Tg.
17	02/362	33 J. verh. 2 p. Seit ½ Jahr Menorrhagien. Dysurie.	Medianspaltung der vorderen Uteruswand. Enukleat. Morcellement. [Peritoneum leicht eröffnet.]	Myoma submucos.; faustgroß.	In den ersten 5 Tagen febril (bis 39,2), Entl. am 18. Tg.
18	03/17	43 J. led. 0 p. Heftigste Schmerzen unbestimmter Natur.	Kolpotomia ant. Enukleation eines submuc. interstit.; et subser. Myoms. (Eröffnung d. Peritoneums.)	Myomata uteri submuc., interstitiel et subseros. Einzelnen Kugelmyom. bis Pflaumengröße.	Fieberfrei, n. 28 Tg. entl.
19	03/204	52 J. verh. 1 p. Blutungen seit 2 Jahren.	Medianspaltung ohne Eröffnung d. Peritoneums. Enukleation.	Myoma submuc.: nußgroß, von d. h. Wand ausgehend.	Am 3. Tg. 39,6, Entl. n. 19 Tg.
20	03/376	45 J. verh. 2 p. Krämpfe, erschwerte Miction namentl. währ. d. Periode.	Medianspaltung. Enukleation. (Eröffnung des Peritoneums. Colporrhaphia ant. Colpoperinaeorrhaphia.	Myomata submuc. et subser.; nuß- resp. gänseeigroß. Descensus uteri. Prolapsus vag. ant.	Entl. am 23. Tg., Verlauf fieberfrei.

B. Radikale Operationen.

Vaginale Totalexstirpation.

21	01/228	47 J. verh. 2 p. Blutung, Herzklopfen, Kopfweh.	Vag. Totalexstirp. Adnexe zurückgelassen. Morcellement.	Myomata subm.; interstitiel. et subseros.	Fieberfrei, Entl. n. 21 Tg. mit granulierend. Vaginaltrichter.
22	01/263	51 J. verh. 1 p. Blutung.	Vag. Totalexstirp. ohne Adnexe.	Uterus cavum von bröckligen Massen eingenommen. Auffallender Zellenreichtum. Typus der Zellen macht Sarcom unwahrscheinlich.	Während der 4 ersten Tage bis 38,5, Furunkel an Händen u. im Gesicht, Entl. nach 28 Tg. mit schön granulierendem Vaginaltricht. u. bess. Aussehen.

23	01/352	50 J. verh. 7 p. Blutung, Kreuzschmerzen.	Vag. Totalexstirp. Salpingoophorectomia sin.	Myomatöser Uterus mit Schleimpolyp der hintern Wand	Febril bis zum 6. Tg. (bis 40,2), Entl. am 24 Tg mit kleinem granulierendem Trichter.
24	01/374	2 J. verh. 1 p. Blutung, Incontinentia urinae.	Vag. Totalexstirp Morcellement.	Fibromyoma cervicis Uterus samt Tumor 990 gr.	Am 9. Tg 38,0, Entl. am 22. Tag beschwerdefrei
25	02/73	49 J. verh. 4 p. Blutung (Menorrhagien).	Vag. Totalexstirp Salpingoophorectomia dextra	Myomata uteri subm., interstitiel, et subseros Hydrosalpinx dextr. 420 gr. wiegt Uterus.	Am 3 Tg. 38,0, Entl. am 29. Tg. mit gut vernarbter Scheidenwunde.
26	02/117	51 J. verh. 5 p. Blutung, Urinretention Obstipat.	Vag. Totalexstirp (Vordere Medianspaltung, Enukleation eines Knotens. Salpingoophorectomia dextr.	Myomata uteri submuc., interstitiel, subseros. intraligamentare. Cystische Degeneration der rechten Adnexe. Descensus vag. ant. et post.	Afebril, Entl. n. 29 Tg.
27	02/263	44 J. verh. 1 p. Blutungen seit 3 Jahren. *Adenocarc. corp.*	Vag. Totalexstirp. Spaltung in d. Medianlinie. Morcellement. Entf. d. Adnexe.	Adenocarcinoma ut Myomata intramuralia.	Entl. n 31 Tg.
28	02/171	40 J. verh. 0 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden	Vag Totalexstirp. Enukleat. u. Morcellement (Schuchardt).	Myomata uteri subm., interstit. et subseros, kindskopfgroß	Fieberfrei, Entl n. 24 Tg.
29	02/222	35 J. verh. 4 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Oophorectomia sin.	Myomata submuc., kindskopfgroß, zum Teil erweicht	Fieberfrei, n 21 Tg entl
30	03/106	47 J. verh. 4 p. Blutungen	Vag. Totalexstirp. Spaltung der vorderen Uteruswand. Colpoperineorrhaphia (Doléris).	Myomata uteri submuc., interstit. et subseros, faustgroß, Gew. 220 gr. Descensus vag. ant. et post.	Am 4. Tg. 38,4. Entl n. 24 Tg.
31	03/150	44 J. verh. 0 p Blutungen, heftigste Schmerzen.	Vag. Totalexstirp. Morcellement.	Myomata uteri submuc., interstit., subseros, 210 gr.	Fieberfrei, n. 21 Tg entl.
32	03/231	43 J. verh. 4 p. Blutungen.	Vag Totalexstirp. Castratio sin Colpoperineorrhaphia. (Hegar-Kaltenbach.)	Myoma interstitiale 320 gr, im Zentrum zerfallen Recto-, Vesicocele, Rupt. perinei incompl, invet.; Degeneratio cystica ovarii sin.	Bis zum 3 Tg 39,4. Entl n 25 Tagen
33	03/262	47 J verh. 3 p Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Perineoplastik, Naht d. Rektalwand. (Lauenstein.)	Myoma interstitiale 90 gr. Ruptura perinei incompl	Febril vom 4.–29. Tg Thrombophlebitis. Entl n. 84 Tg.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
34	03/266	43 J. led. 0 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp.	Myomata interstit.	Fieberfrei, 36. Tg. n. Op. entl., gutes Befinden nach ¼ J.
35	03/487	40 J. verh. 0 p. Menorrhagien.	Vag. Totalexstirp. Entfern. d. r. Adnexe. Morcellement.	Myomata submuc., subseros. et interstit. 510 gr.	Fieberfrei, Entl. n. 34 Tg.
36	03/523	35 J. led. 0 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Allongement. Entfern. d. r. Adnexe.	Myoma interstitiale Salpingitis dextr.	Fieberfrei, Entl. n. 29 Tg.
37	03/538	47 J. 5 p. verh. Blutungen. Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. Entf. d. r. Adnexe. Resekt. d. l. Adnexe.	Myomata uteri submuc., subseros., et interstit. 270 gr.	Bis zum 5. Tg. 38,0—38,2, nachher fieberfrei, Entl n. 26 Tg.
38	03/570	51 J. verh. 7 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Entf. d. r. Adnexe. Colpoperineorrhaphia (Doléris).	Myoma submuc. Degeneratio cystica ov. dextr.	Febril bis zum 7. Tg., Entl. n. 26 Tagen.
39	04/246	45 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden (Harndrang).	Vag. Totalexstirp. mit den Adnexen. Dammplastik (Doléris).	Myomata subserosa uteri retroflecti. Descensus uteri et vag. ant. et post.	Vom 2.—5. Tg. 38,1—38.2, Entl. n. 32 Tg.
40	04/258	53 J. verh. 3 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Entfern. d. r. Adnexe.	Myoma uteri partim intraligamentare.	Nach Op. 2mal Brechen. Am folg. Tg. keine Winde, Druckempfindlichk. morg. 38,2, abds. 39,2, am folgenden Tag morgens 38,4, Puls klein, abends 38,5, Puls sehr frequent u. unregelm. 9 Uhr abends *Exitus*. Anatomische Diagnose: Peritonitis purul. Tbc. obsol. pulm.
41	04/455	52½ J. verh. 3 p. Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Entfern. der Adnexe. Colporrhaphia ant. und Colpoperineorrhaphia.	Myomata interstit. et subseros. 670 gr. Descensus vag. ant. et post.	5 Tage post. op. plötzlicher *Exitus*. Anat. Diagnose: Embol. ram. secund. ordin. Art. pulm. dextr. Myodegeneratio cordis, Tumor lienis Cyanosis renum. Suppuration der Nahtlinie.
42	04/465	49 J. verh. 6 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. mit den Adnexen. Perineoplastik (Doléris).	Myomata uteri subm., interstit. et subseros. Descensus vag. post. Ruptura perinei.	Am 2. Tg u. 8. Tg. 38,0, Entl. nach 34 Tg.

43	04/472	58 J. verh. 1 p. Allgemeine Beschwerden, Verdacht auf Malignität.	Vag. Totalexstirp. Salpingoophorectomia sin. Colporrhaphia ant. Colpoperineorrhaph.	Myomata uteri subm., interstit. et subseros. Prolapsus uteri et vag.	Fieberfrei, Entl. n. 30 Tg.
44	05/60	40 J. verh. 6 p. Menorrhagien.	Vag. Totalexstirp. Schuchard wegen Rigidität.	Myoma intramurale. 220 gr.	1. Tg. 38,0, 12. Tg. Thrombophlebitis d. l. Beines u. vorderen Bauchwand.
45	05/64	43 J. verh. 2 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp.	Adenomyoma diffusum. 145 gr.	Febril bis zum 13. Tg., Entl. n. 25 Tg.
46	05/180	45 J. verh. 3 p. Blutungen, Blasenbeschwerden.	Vag. Totalerstirp. Entfern. d. Adnexe. Medianspaltung der vorderen Uteruswand. Morcellem. Colpoperineorrhaph.	Myoma submuc.; faustgr. Ruptura perinei incompl. Descensus vag. ant. et post. Neurasthenie.	Am 44. Tg. p. op. Thrombophlebitis. Nach 62 Tg. entl.
47	05/249	46 J. verh. 18 p. Blutungen.	Vag. Totalexstirp. Morcellem.	Faustgroßes submucöses Myom. Alte Parametritis lig. Douglasii.	Am 2. Tg. 38,0, febril bis zum 13. Tg., am 12. Tg. Angina, Entl. nach 23 Tg.
48	05/332	47 J. led. 0 p. Menopause seit 3 M. Schmerzen, Blutungen, Abmagerung. Curettage: *Car. corporis uteri.*	Vag. Totalexstirp. mit den Adnexen.	Adenocarcinoma solid. corp. ut. Myoma subseros, kleinapfelgroß. Phtitis pulm. Mitralinsufficienz.	Febril, oft hohe Morgentemp. Wegen hochgradiger Phtis. pulm. am 41. Tg. auf die med. Abteilung transferiert. Stumpf gut granulierend.
49	05/336	43 J. led. 2 p. Menorrhagien	Vag. Totalexstirp. Wegen Prolaps d. r. Tube unter d. Operation Salpingectomia dextr.	Multiple submuc. Myome.	3.—6. Tg. 38,1—38,4, Cystitis, am 11. Tg. Vesicovaginalfistel, 19. Tag Fistel geschlossen, 37. Tg. entl.
50	05/451	42 J. verh. 5 p. Blutungen, Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. mit den Adnexen Dammplastik (Doléris). Morcellement.	Myomata subm., interstitialia. 720 gr. Ovula Nabothi, Rupt. perinei invet.	1. Tg. 38,0, Entl. n. 27 Tg.
51	05/466	45 J. verh. 0 p. Vor 1 J. Castratio dupl. weg. Blutungen. Nach 4 Monaten p. op. Blutungen, Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. Morcellement	Fibromyoma submuc. 425 gr.	1.—6. Tg. bis 38,7, Entl. n. 39 Tagen.
52	05/486	41 J. verh. 11 p. Blutung.	Vag. Totalexstirp. Colporrhaphia ant. Colpoperineorrhaphia.	Myoma submuc., apfelgroß. Descensus vag. ant. et post. Endometritis.	Febril weg. postoperativer Cystitis bis zum 12. Tg., Entl. n. 30 Tg.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
53	06/25	38 J. verh. 4 p. Retentio urinae.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Entfern. der Adnexe. Colpoperineorrhaphia.	Myoma ut. submuc. et subseros. intraliga. 720 gr. Descensus vag. post.	Febril bis zum 7. Tg. wegen schon vorher bestehender Cystitis, Entl. n. 26 Tg.
54	06/123	53 J. led. 1 p. Blutung.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Colpoperineorrhaphia.	Fibromyoma uteri interstitiale, 400 gr. Ruptura perinei incompl.	Am 1. Tg. 38,2, Entl. n. 24 Tg.
55	06/129	57 J. led. 1 p. Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. Entfern. d. l. Adnexe. Colporrhaphia ant. Colpoperineorrhaphia.	Myomata submuc. subseros. intraligament. Descensus ut. retrofl. Prolap. vag. ant. Hämorrhoiden.	1.—2. Tg. 38,0—38,2, 20. Tg. 38,0, Decubitus, n. 36 Tg. entl.
56	06/183	53 J. verh. 5 p. Blutungen, Verdacht auf Malignität.	Vag. Totalexstirp.	Diffus myomatöser Uterus. Endometritis chronic. hyperplastica. Residua pelveocellul.	1.—9. Tg. febril (38,5), Entl. n. 36 Tg.
57	06/230	50 J. verh. 1 p. Heftigste Beschwerden allgemeiner Natur. Prolapsbeschwerd.	Totalexstirp. p. vag., Zurücklassung eines Teiles d. r. Ovariums. Colpoperineorrhaphia.	Myomata interstitial. et subseros, faustgroß. Prolapsus ut incompl. Laceratio cerv. dupl.	6. Tg. 38.3, Cystitis, 12. Tg. 39.2. 13. Tg. 38.2. Entl. n. 45 Tg.
58	06/249	39 J. verh. 1 p. Blutung. Carcinoma port.	Vag. Totalexstirp. Schuchard.	Plattenepithelkrebs der Portio. Apfelgroßes intramural. Myom.	6. Tg. 38,2, 19. Tg. 39,0, Thrombophlebit. incip., Entl. n. 35 Tg.
59	06/302	41 J. verh. 11 p. Blasenbeschwerden.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Colpoperineorrhaghia.	Myomata submuc., interstit. et subseros. Retroflexio uteri rectocele.	Afebril, Entl. n. 24 Tg.
60	06/323	42 J. verh. 1 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Vag. Totalexstirp.	Uterus myomatosus, kleinfaustgroß.	Am 5. Tg. 38,0, Entl. n. 25 Tg.
61	06/342	40 J. verh. 2 p. Beschwerden allgemeiner Natur. Oedem der Beine.	Vag. Totalexstirp.	Myomata intramuralia. 330 gr.	1.—3. Tg. 38,6. Entl. n. 27 Tg.
62	06/420	39 J. verh. 0 p. Blutung, Retentio urinae. Obstipation.	Vag. Totalexstirp. Morcellement.	Myomata submucosa (9), faustgroß.	1.—2. Tg. 38,1—38,3, vom 4. Tg. wieder febril, Thrombophlebit. im l. Bein, vom 11. Tg. normale Temp., Entl. n. 33 Tg.

63	06/552	36 J. verh. 2 p. Blutung, stinkender Ausfluß.	Vag. Totalexstirp. Entfern. d. Adnexe.	Uterus diffus myomatös, keine Knoten. An einigen Stellen Nekrose. 550 gr. Salpingooph. dpl.	Fieberfrei, Entl. n. 24 Tg.
64	07/30	44 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Vag. Totalexstirp.	Myomata intramur. et subseros. 750 gr.	8 Tg. 38,5, Thrombophlebitis, Entl. n. 63 Tg.
65	07/52	47 J. verh. 0 p Beschwerden allgemeiner Natur.	Vag. Totalexstirp. Entfern. d. Adnexe. Colpoperineorrhaphia *(Doléris)*.	Myomata subseros. (2), nußgr. Pyosalpinx dpl. Cystis ov. dextr. Prolapsus uteri.	1. Tg. 38,6, 8. Tg. 38,0, Entl. n. 37 Tg. Scheidentrichter noch leicht infiltriert Allgemeinbefinden gut.
66	07/126	46 J. verh. 4 p. Blutung.	Vag. Totalexstirp. Entfern. d. Adnexe. Colpoperineorrhaphia *(Doléris)*.	Myoma submucosum, mandarinengroß. Ruptura perinei incompl.	2.—5. Tg. 38,1—38,5, Entl. n. 26 Tg.
67	07/148	53 J. verh. 0 p. Seit 2 J. Menopause, Blutung, Abmagerung. Curettage: Carc. corp.	Vag. Totalexstirpation *(Schuchardt)*.	Adenocarcinoma corp. ut. Myomata intramuralia, mehrere bis nußgroße Knoten.	Afebril, Entl. n. 24 Tg.
68	07/221	45 J. verh. 12 p. Blutung.	Vag Totalexstirp. Entfern. d. Adnexe.	Uterus diffus myomatös, 400 gr.	2. Tg. 39,0, 9. Tg. 39,9, eitriger Ausfluß, Parametritis, 18. Tg. Herpes labialis, Entl. am 35. Tg. Im Scheidentrichter noch kleine Fistelöffnung. Beide ligg. cardinalia u. das anlieg. Bindegewebe noch infiltr., besond. links.
69	07/272	51 J. verh. 1 p. Menorrhagien. Beschwerden allgemeiner Natur.	Vag. Totalexstirp.	Myoma submucosum, 500 gr.	1. Tg. 38,1, 2. Tg. 38,1, 12. Tg. 38,0, Leberschwell., am 24. Tg. 38,8, Gastroent. m. Leberschwellung. Entl. am 34. Tg. in Heilg.
70	07/313	45 J. verh. 6 p. Beschwerden allgem. Natur.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Colpoperineorrhaphia.	Myomata submuc., intramural., subseros. faustgroß. Ruptura perinei compl. Descensus vag.	11. Tg. 38,9, Entl. am 18. Tg
71	07/330	49 J. verh. 2 p. Blutung, hochgradige Beschwerden allgem. Natur.	Vag. Totalexstirp. Morcellement. Entfern. beid. Adnexe.	Myomata submuc. et subseros.	2. Tg. 38,2, 6. Tg. 38,1, Entl. n. 20. Tg.
72	04/601	44 J. verh. 3 p. Beschwerden allgemeiner Natur. Abmagerung. Carc. corp.	Vag. Totalexstirp. mit den Adnexen.	Myoma intramurale von kleinen Cysten durchsetzt, 165 gr.	1.—2. Tg. 38,0, 39,2, 11. Tg. 38,0, Entl. n. 24 Tg.

III. Abdominale Operationen.

A. Konservative Operationen.

1. Abtragen subseröser Myome.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation.	Opération.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
73	02/114	25 J. led 0 p. Rasches Wachstum d. Geschwulst. Raumbeengung.	Abtragen.	Fibromyoma subserosum. 2360 gr. Psoriasis vulgaris.	Fieberfrei. Entl. n. 22 Tg.
74	03/254	32 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden (Drang), Geburtshindernis.	Abtragen indem Stiel circulär umschnitten wird.	Myoma subseros. uteri gravidi m. 5.	Fieberfrei, Entl. n. 22 Tg., Gravidität dauert fort, keine Beschwerden.
75	04/146	41 J. led. 0 p. Heftigste Beschwerden. Arbeitsunfäh.	Abtragen.	Myoma ut. subseros. lymphangiectodes 550 gr.	3.—5. Tg. 38,5—39,5, Entl. n. 29 Tagen.
76	05/119	31 J. led. 0 p. Keine Beschwerden; rasch. Wachstum. Ovarialtumor?	Abtragen. Resectio ov. dextr.	Myoma subseros. polyp. 590 gr.	1. Tg. 38,2, Entl. n. 31 Tg.
77	05/139	72 J. verh. 7 p. Menop. seit 22 J. Vor 4 W. plötzlich heftigste Unterleibsschmerzen. Brechreiz, Uebelkeit (Torsion?). Tumor in letzter Zeit rasch gewachs. Kystoma ovarri, Verdacht auf Malignität.	Myomektomia mit extraperitonealer Stielversorgung. Op. mit Lokalanaesth Suprarenin-Cocain) versucht; dann CCl_4 H. Plötzlicher Atemstillstand. *Silvester*. Campher.	Myoma uteri subseros. cystic. polyp. 620 gr. Struma. Bronchitis. Emphysem.	*Exitus* am Schluß d. Operation. Anatom. Diagnose: Arterio sclerosis univers. Myodegeneratio cordis.
78	06/310	46 J. verh. 2 p. Seit 4 Tagen krampfart. Schmerzen, Erbrechen faeculenter Massen. Weder Winde noch Stuhl. Im kleinen Becken faustgroßer, derber Tumor. *Ileus*.	Laparotomie: Reposition des um 360° gedrehten Coecums u. Colon ascendens. (Resectio proc. vermif.) Naht der geplatzten Dickdarmserosa. Abtragen eines gestielt., subserösen Myoms.	Myoma subseros., kleinfaustgr.	4—5 Tg. 38,9—38,2. Ent. n. 31 Tagen.

79	07/212	29 J. verh. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Myomektomia multiplex.	Myomata subserosa, größte Tumor 770 gr. 1 Knoten fettig degeneriert.	Fieberfrei, Entl. n. 17 Tg.
80	06/275	40 J. led. 0 p. Beschwerden allgem. Natur. Dermoid d. l. Ovariums.	Salpingoophorectomia sin. Resectio ov. dextr. Abtragen multipler subseröser Myome.	Dermoid d. l. Ovar. Multiple subseröse Myome.	Afebril, Entl. n. 22 Tg.

2. Ausschälen interstitieller Myome.

81	02/164	42 J. verh. 1 p. Urindrang neben Retentio urinae. Gravida m. 4. Geburtshindernis.	Enukleation p. lap.	Fibromyoma interstit. ut. gravidi m. 4., kindskopfgroß, im Zentrum erweicht. Teleangiektasien am ganzen Körper.	Fieberfrei, Entl. 24 Tg. p. op. Schwangerschaft besteht fort.
82	03/540	52 J. verh. 1 p. Menopause seit 2 J. Blasenbeschwerden. Carcinoma ov. dextr.?	Exstirpation des intraligamentär entw. Myoms.	Gänseeigroßes fibrös deg. interstit., intraligamentär entw. Myom mit Verkalkungen.	Leicht febril bis zum 12 Tg. 38,0—38,4, Entl. n. 57 Tg.
83	04/247	32 J. led. 0 p. Retroflexio uteri fixata. Menorrhagien wegen Endometritis hyperplastica. Auf dringenden Wunsch der Pat. Operation wegen Retroflexio.	Anläßlich der Ventrofixation werden 2 interstitielle Myomknoten enukleiert.	Myomata intramuralia (2), 45 gr.	Am 2. Tg. Brechen, 3. Tg. Brechen, 4. Tg. Bauchschmerzen unerträgl., Leib aufgetrieben, Puls flatternd, 5 Uhr morgens Collaps, Camph., Coffein, Na Cl-klyma. 9¾ Uhr morg. *Exitus: Peritonitis acuta:* Tbc. gdl tracheal.
84	04/456	31 J. verh. 0 p. Blasenbeschwerden.	Enukleation samt Kapsel.	Myoma ut. interstit. partim intraligamentare, 520 gr.	Afebril 41 Tg.
85	04/566	27 J. verh. 1 p. Blasenbeschwerd. Obstipation. Gravida m. 6.	Enukleation.	Myoma uteri intramurale gravidi m. 6., hühnereigroß.	1. Tg. abends 39,1, Entl. n. 24 Tg.

B. Radikale Operationen.

1. Amputatio supravaginalis.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
86	01/251	40 J. verh. 1 p. Menorrhagien, Schmerzen, rasches Wachstum.	Amp. supravag.	Myomata subm., intramur., subseros. et intraligament., mannskopfgroß.	Am 3. Tg. erst die ersten Winde abgegangen. Erbrech. seit dem 2. Tg. Am 8. Tg. Collaps, Brechen, abends *Exitus*. Anatomische Diagnose: Deg. cord. fusca et adiposa, Hypostase in d. beid. Unterlapp. beid. Lungen. Intumescentia lienis, Nephritis paremchym. Pyelitis, Dilatation des Nierenbeckens. Deg. adip. hepatis. Dilatatio ventriculi, Gastritis. *Peritonitis universal.* wahrscheinl. vom Stumpf ausgehend. Bazillus pyocyaneus.
87	01/322	45 J. verh. 1 p. Blutungen.	Amp. supravag. Salpingoophorectomia dpl.	Myomata intramural. et subser. 600 gr. Kystoma ovarii dpl.	Fieberfrei, Entl. n. 21 Tg.
88	01/395	41 J. verh. 0 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Salpingectomia dextr.	Myomata submuc. et intramurale retrocervicale intraligamentare, 1260 gr. Salpingitis dextr.	Fieberfrei, Entl. n. 32 Tg.
89	02/6	46 J. led. 0 p. Hochgradige Schmerz. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. mit extraperitonealer Stielversorgung. Salpingoophorectom. dpl. aus technischen Gründen.	Myoma subseros. retrocervicale et intraligamentare, 550 gr.	Fieberfrei, Entl. n. 33 Tg.
90	02/54	34 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden, Schmerzen.	Amp. supravag. Salpingoophorectomia dextr. wegen starker Venenausdehnung technisch nicht erhaltbar.	Myoma intramurale 1130 gr im Zentrum erweicht.	Fieberfrei, Entl. n. 31 Tg.

91	02/229	49 J. verh. 6 p. Blasenbeschwerd., Raumbeeng.	Amp. supravag.	Fibromyoma cervicis, 2600 gr.	Abends 38,5 P. 120; am folg. Morgen *Exitus. Anatomische Diagnose: Myodegeneratio cordis.* Oedema pulm. Anthracosis gdl. bronchial. Dilatatio et Hypertrophia vesicae urin. Adipositas hepat.
92	02/234	47 J. verh. 0 p. Raumbeengung. Herzklopfen. Engigkeit.	Amp. supravag.	Myomata uteri. Riesentumor.	Fieberfrei, Entl. n. 24 Tg.
93	02/253	28 J. led. 0 p. Keinerlei Beschwerd., rasch. Dickerwerden d. Leibes. Ovarialtumor?	Amp. supravag. Salpingoophorectomia sin.	Myomata intramural. uteri gravidi m. 2—3. 1250 gr. Im Cav. ut. 1 ovul., dessen Frucht Kopfsteißlänge 8 mm. mißt.	Fieberfrei, Entl. n. 35 Tg.
94	02/283	44 J. led. 0 p. Druckgefühl, Uebelk., Erbrech., Raumbeengung.	Amp. supravag. Resektion d. l. Adnexe.	Fibromyoma intramurale partim myxomat. et oedematosum. 2750 gr	Fieberfrei. Entl. n. 36 Tg.
95	02/316	44 J. verh. 4 p. Blutung. Fieber, beginnende Verjauchung.	Amp. supravag. extraperitonale Stielversorgung wegen allfälliger Eiterung.	Myoma uteri submucosum von mittlerer Konsistenz. 2370 gr.	Am 8. Tag Thrombophlebitis venae saph. dextr., Entl. n. 68 Tg.
96	02/329	36 J. verh. 1 p. Ziemlich rasches Dickerwerden d. Leibes. Overialtumor?	Amp. supravag.	Ueber kindskopfgroßes Fibromyoma uteri.	Fieberfrei, Entl. n. 24 Tg.
97	02/347	44 J. led. 0 p. Blutung.	Amp. supravag.	Myoma retrocervicale intramurale. 2320 gr.	In den ersten 3 Tg. 38,2—38.5. Entl. n. 21 Tg.
98	02/414	45 J. verh. 4 p. Raumbeeng., Blasenbeschwerd.	Amp. supravag.	Multiple, subseröse intraligamentär entw. Myome. 1260 gr. Retroversio uteri. Rupt. perinei incompl.	Fieberfrei, Entl. n. 28 Tg.
99	02/422	47 J. led. 1 p. Menorrhagien. Retentio urinae.	Amp. supravag.	Myoma cervicis intramurale partim intraligamentare 1064 gr.	2 Tg. 39,1. Entl. n. 32 Tg.
100	03/33	47 J. verh. 3 p. Raumbeengung. Arbeitsunfähigkeit.	Exstirpation eines unabhängig v. Uterus entw. intraligamt. Myoms. Amp. supravag. Entfernung d. Adnexe.	Im l. lig. latum ein großes vom Uterus unabhängig entw. Myom 3520 gr. Uterus zeigt mehrere subseröse Myome. Bronchitis.	Fieberfrei. Entl. n. 42 Tg., links noch ein hühnereigrosses bis zur Beckenwand reichendes Exudat. Nach drei Monaten gutes Befinden, hie und da Schmerzen links, links neben dem Cervixstumpf ein hühnereigrosser Tumor.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
101	03/72	43 J. led. 0 p. Geringe Beschwerden, Verdacht auf Malignität.	Amp. suprav. Castratio dupl.	Myomata uteri subser. stellenweise cystisch degeneriert. 830 gr.	Am 6. Tg. 38,3, Entl. n. 34 Tg.
102	03/86	37 J. led. 0 p. Unbestimmte Schmerzen, arbeitsunfäh.	Amp. supravag. Castratio dextra. Breite Verwachsungen zw. Ut. u. Bauchwand, Darm u. Ut. Darm mit Bauchwand.	Myomata intramuralia et subserosa.	Febril wegen schon vorher bestehend. Thrombophlebit., Entl. n. 41 Tg.
103	03/87	37 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden, Kurzatmigkeit, Herzklopfen.	Amp. supravag. Castratio sin.	Fibromyomata intramuralia et subserosa.	Fieberfrei, Entl. n. 27 Tg.
104	03/267	44 J. verh. 5 p. Blutung.	Amp. supravag. Castratio dupl. Perineoplastik. *Doleris.*	Myomata intramuralia Oophoritis dextr. Atrophia ovarii sin. Ruptura perin. incompl.	Afebril, Entl. n. 31 Tg. wegen Psychose in Irrenanstalt.
105	03/286	49 J. led. 0 p Schmerzen, Krämpfe, arbeitsunfähig.	Amp. supravag. Castratio dupl.	Myomata intramural. et submucosa. 2500 gr. Cystis ovarialis sin. Haematovarium dext.	2—3 Tg. 38,7, Entl. n. 21 Tg.
106	03/311	45 J. verh. 3 p. Schmerzen, arbeitsunfähig.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata ut. intraligamentare, 860 gr. Verheilte Haematocele retrouterina. Rupt. perinei incompl. Descensus vag. ant. et post.	Afebril, Entl. n. 25 Tg.
107	03/317	44 J. verh. 2 p. Menorrhagien, Schmerzen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma intramurale cervicis; 945 gr.	Afebril, Entl. n. 23 Tg.
108	03/330	45 J. verh. 1 p. Blutungen, Schmerzen, Schwäche.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramuralia; 1000 gr.	Während der ersten 3 Tg. 38,1, Entl. n. 23 Tg.
109	03/386	41 J. verh. 4 p. Blutung, Schmerzen, Herzklopfen, Schwäche.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe (Adhärenzen zw. Netz u. Adnexen).	Myomata uteri submuc. intramural. subseros. 4000 gr.	Collaps n. Op., Erbrechen, 2. Tag Puls schwächer, 3. Tg. Puls zusehends schlechter, Erbrechen unter zunehmender Schwäche der Herzaktion. Am 3. Tg. *Exitus.* Anatomische Diagnose: Peritonitis serofibrinosa recens, Lipomatosis cordis destruens, Degeneratio parenchym. myocardii, Tbc. obsolet. ap. pulm. sin.

110	03/391	40 J. verh. 7 p. Blasenbeschwerden.	Amp supravag Entfernung d Adnexe.	Myoma intramurale 400 gr. Descensus vag. ant. Cystocele, Retroflexio uteri; Ruptura perinei incompl.	Fieberfrei. Entl. n. 22 Tg
111	03/435	31 J. verh. 4 p Blutung, Schmerzen	Amp. supravag. mit den Adnexen, rechts 1/3 ov zurückgelassen.	Myomata uteri submuc intramural, subseros, links ein Myom intraligament entw.	Fieberfrei. Entl. n. 37 Tg.
112	03/436	47 J. led. 0 p. Blutung, Retentio urinae.	Amp. uteri supravag Entf. d. Adnexe.	Multiple Myomata uteri (790 gr.) Salpingoophoritis dupl.	Fieberfrei, Entl. n. 28 Tg.
113	03/441	40 J. verh. 0 p. Blutung, Blasenbeschwerden	Amp. supravag Entf. d. Adnexe	Uterus myomatosus, kindskopfgroß. Pelveoperitonitis. Cystis ovarialis dupl.	Fieberfrei bis zum 19. Tg. hohe Temp., Schüttelfrost, Cystitis u. Pyelitis, fieberfrei v. 32. Tg., Entl. n. 50 Tg. Portio etwas fixiert; Pyelonephritis dextr.
114	03/448	39 J. verh. 1 p. Blutung, Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Resektion d. Adnexe.	Myomata uteri 840 gr (alle 3 Arten).	Am 2. Tg. 38,2, Entl. n. 28 Tg
115	03/455	44 J. led. 0 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri 1900 gr (alle 3 Art.) Schleimpolyp im Uterusinnern. Hydrosalpinx dupl. Degener. cystica ov. dpl.	Fieberfrei, Entl. n. 26 Tg.
116	03/459	45 J. led. 0 p. Menorrhagien.	Amp. supravag Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa 545 gr. Salpingoophoritis dpl. Rechts Adnexe u. Parametrium unkenntbare Masse.	Fieberfrei. Entl. n. 28 Tg
117	03/535	35 J. verh. 1 p. Ausfluss, Schmerz., arbeitsunfähig.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata interstitial. Gänseigroßer Uterus.	Am 2. Tg. 38,0. Entl n 26 Tg.
118	04/20	52 J. l. 0 p. Blutungen, Blasenbeschwerden, Abmagerung, Schwäche.	Amp. supravag. Enfern. d. r. Adnexe u. d. l. Tube.	Conglomerat von allen Sorten von Myomen 3680 gr.	Febril bis zum 13. Tg., Entl n. 37 Tg
119	04/99	43 J. l. 0 p. Atemnot, Schmerzen im Kreuz und Beinen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri; alle 3 Arten.	2.–3. Tg. 38,1–38,3, Entl. n. 36 Tg.
120	04/144	44 J. verh. 0 p Geringe Beschwerd., dagegen sehr rasches Wachstum.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma permagn. intramurale 3400 gr.	Fieberfrei, Entl. n. 25 Tg.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
121	04/155	40 J. verh. 0 p. Schmerzen seit ½ J. Rapides Wachstum. Kystoma ov.?	Amp. ut. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma submuc. 1110 gr. Oophoritis dextr.	Fieberfrei, Entl. n. 26 Tg.
122	04/164	41 J. led. 0 p. Blutung, Schwindel, Engigk., Herzklopfen, Erbrechen.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe u. d. r. Tube.	Myoma submuc. 3390 gr.	Febril bis z. 5. Tg. (38,0—38,7), Entl. am 30. Tg.
123	04/178	41 J. led. 0 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe.	Myoma intramurale 420 gr.	Fieberfrei, Entl. n. 27 Tg.
124	04/185	40 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa 860 gr.	Febril bis zum 5. Tg. (38,1), Entl. n. 29 Tg.
125	04/214	46 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden, Kopfweh, Abmagerung.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa 335 gr, wovon 1 Myoma intraligamentare. Deg. cystica ovar. dextr.	Während d. 2 ersten Tage 38,2; am 6. Tg. Lungenembolie, Entl. n. 42 Tg.
126	04/359	39 J. led. 0 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri aller 3 Arten. 655 gr mit lymphagiektatischen Hohlräumen.	2. Tg. 38,3, 10. Tg. 38,3, 11.—12. Tg. 38,2, Entl. n. 46 Tg.
127	04/395	40 J. verh. 1 p. Heftigste Schmerzen. Fieber, eitriger Ausfluss. Verjauch.? Stieltorsion?	Amp. supravag. Lösung d. Adhärenzen mit Bauchwand u. Blase. Entleerung v. Eiter bei der Cervixamputation. Einleg. eines *Mickulicz*'schen Beutels und Tamponade mit Xeroformgaze.	Myomata intramuralia gangraenosa (Infektion wahrscheinlich von einem Decubitalgeschwür ausgehend).	Am 2. Tg. 39,0, Entl. n. 31 Tg.
128	04/423	39½ J. led. 0 p. Menorrhagien, Harndrang, Pruritus pudendi.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma subseros. intraligamentare 835 gr. Cystis ovarii dextr.	Am 10. Tg. 38,3, Thrombophlebitis v. saph. dupl. 12. Tg. 38,5, Entl. n. 40 Tg.
129	04/484	37 J. verh. 1 p. Blutung.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Cystisch degenerirte Myome aller 3 Sorten. 750 gr.	1.—3. Tg. 38,2, Entl. n. 25 Tg.
130	04/552	44 J. verh. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma intramurale 1060 gr. mit zahlreichen Lymphvaricen.	3. Tg. 38,0, Entl. n. 25 Tg.
131	04/586	41 J. verh. 0 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Fibromyomata intramuralia et subserosa. 440 gr.	1. Tg. 38,2, Entl. n. 25 Tg.

132	05/8	27 led. 0 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma subseros. intraligamentare.	1.—3. T. 38,0, 39,4, 11. T. 38,5, Thrombophlebitis, vom 13. Tg. an afebril, Entl. n. 55 Tg.
133	05/13	52 verh. 1 p. Menopause seit 4 Jahren. Schmerzen, Abmag., Malignit.? ca. ov?	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subseros. 375 gr.	Am 15. Tg. Thrombophlebitis, cruris sin., Entl. n. 54 Tg.
134	05/17	42 J. led. 0. p. Menorrhagien, Erbrechen.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe.	Myomata intramuralia et subserosa. 414 gr.	1. Tg. abends 40,1, Entl. n. 39 Tg.
135	05/26	52 J. led. 0 p. Seit 6 M. rasches Wachstum, stark. Ausfluss nach jeder Periode. Malignität?	Amp. supravag.	Myomata uteri intramuralia et subseros. partim intraligam. 1440 gr.	1. Tg. 38,4, Entl. n. 25 Tg.
136	05/89	30 J. verh. 4 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entfernung d. r. Adnexe. Salpingektomia sin.	Multiple Myome aller 3 Arten 470 gr.	1.—4. Tg. 38,6—38,7, Entl. n. 33 Tg.
137	05/97	45 J. verh. 4 p. Menorrhagien, Dyspnoe, Herzklopf.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma submuc. 1470 gr. mit Lymphvaricen. Lymphorrhoe. Deg. cystica ov. dpl.	1.—3. Tg. 38,0—38,4, Entl. n. 26 Tg.
138	05/157	50 J. verh. 4. p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe. Technisch nicht erhaltbar.	Myoma subseros. intraligamentare.	2. Tg. 38,0—38,4, Entl. n. 27 Tg.
139	05/159	36 J. verh. 3 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma intramurale, erweicht, 1350 gr. Descensus vag. ant.	1.—4. Tg. 38,0—39,2, 9. Tg. Thrombophlebitis, 31. Tg. 38,4, Stechen auf d. Seite, Entl. n. 63 Tg.
140	05/198	39 J. verh. 1 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe.	Myomata uteri aller 3 Arten, 740 gr. 1 Myom in v. Cervixwand entw.	1.—5. Tg. 38,1—38,5, 12. Tg. wieder febr., Thrombophlebitis d. l. Beines, Entl. n. 49 Tg.
141	05/334	43 J. verh. 0 p. Menorrhagien, Schmerzen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri aller 3 Arten, partim intraligamentare, 1600 gr. zum Teil oedematös durchtränkt. Cystis ov. sin.	1.—4. Tg. 38,0, Entl. n. 25 Tg.
142	05/362	30 J. led. 0 p. Menorrhagien, Schmerzen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata aller 3 Arten, faustgroß.	Am 2. Tg. 38,4, Entl. n. 22 Tg.
143	05/369	37 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa, kindskopfgroß.	1.—3. Tg. 38,0, Entl. n. 26 Tg.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
144	05/383	48 J. verh. 4 p. Menorrhagien.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri intramuralia, partim intraligament. 710 gr. Deg. cystica ovar.	2. Tg. 38,3, 3. Tg. 38,0, 7. Tg. 38,9, 13. Tg. 38,1, Cystitis, 14. Tg. 38,0 Pleuritis, Entl. n. 50 Tg.
145	05/409	42 J. verh. 1 p. Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. r. Adnexe. Radikaloperation d. Nabelhernie.	Myoma subseros. intraligamentare. Umbilicalhernie.	3. Tg. 38,1, Entl. n. 29 Tg.
146	05/436	35 J. led. 0 p. Retentio urinae.	Amputatio supravag. Entf. d. linken Adnexe.	Myoma subseros. retrocervicale, intraligamentare. 1080 gr.	Am 1. Tg. 39,5, 2.—4. Tg. 38,0—38,2, Entl. am 28. Tg.
147	05/479	47 J. verh. 2 p. Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. r. Adnexe. Omphalektomia.	Myonata submuc. et intramural. intraligamentare 900 gr. Hernia umbilic. reponibilis, Ruptura perinei incompl. Descensus vag. ant. et post. levis.	1.—3. Tg. 38.0—38,3, 9. Tg. 38,6 Pericarditis sicca, 10. Tg. 38,2 Pleuritis sicca, 12. Tg. 38,9 Trombophlebitis, v. 21. Tg. afebril, Entl. n. 36 Tg.
148	06/16	52 verh. 6 p. Beschwerden allgemein. Natur, arbeitsunfähig.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma intramurale 770 gr. Dermoidcyste d. r. Ovariums. Asthma bronchiale, Emphysema pulm.	2. Tg. 38,0, 9. Tg. Cystitis, Entl. n. 27 Tg.
149	06/33	42 J. led. 0 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma submucosum, 740 gr.	2.—3. Tg. 38,0—38,2, Entl. n. 29 Tg.
150	06/52	45 J. led. 0 p. Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata submuc. polypos. et subserosum 950 gr.	1.—3. Tg. 38,1—38,6, Entl. n. 31 Tg.
151	06/96	47 J. verh. 2 p. Blasenbeschwerden, Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma uteri intramural. 560 gr. Pyoovarium dextr.	1.—5. Tg. bis 38,9 (Bronchitis) Entl. n. 21 Tg.
152	06/120	50 J. verh. 0 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Wegen Unmöglichkeit den Stumpf mit Peritoneum zu übernähen extraperitonale Versorg. desselben.	Fibromyomata intramuralia et subserosa, intraligament. retrocervicale, 2700 gr.	3. Tg. 38,1, Entl. n. 23 Tg.
153	06/198	47 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag.	Myomata intramuralia 2150 gr.	Afebril, Entl. n. 24 Tg.

154	06/245	48 J. led. 0 p. Raumbeengung, rasch. Wachstum.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramuralia et subserosa 1260 gr.	5. Tg. 38,8 (Bronchitis), Entl. n. 23 Tg.
155	06/271	38 J. led. 0 p. Unerträgliche Schmerzen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri intramuralia et subserosa, faustgroß. Parovarialcyste. Deg. cystica beider Ovarien.	2. Tg. 38,6, Entl. n. 24 Tg.
156	06/274	39 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden. Incontinenz.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata ut. subseros. (Ein Knoten cystisch degeneriert.) 610 gr. Degeneratio cyst. ovar. dpl.	Afebril, Entl. n. 25 Tg.
157	06/328	42 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. l. Adnexe.	Myomata subseros. intraligament. Cyste d. l. Tube.	2. Tg. 38,3, Entl. n. 22 Tg.
158	06/362	39 J. led. 0 p. Menorrhagien, Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. r. Adnexe.	Myomata intramuralia 950 gr. Cystis ovarii dextr.	2. Tg. 38.2, 5. Tg. Cystitis, Entl. n. 18 Tg.
159	06/381	40 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. beider Adnexe.	Myomata intramuralia Neurasthenie.	1.—4. Tg. 38,4, Entl. n. 42 Tg.
160	06/389	47 J. verh. 2 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. beider Adnexe, Ausschälung eines linksseitig. Pyovariums. Das Bett der Ovarialgeschwulst nach Miculicz tamponiert. Herniotomie.	Myomata intramuralia et subserosa, haselnußgroße Knoten. Pyovarium sin. enthält sterilen Eiter. R. Tube cystisch. Hernia ventralis.	Febril bis zum 45. Tg. Pyocyaneus, Entl. n. 62 Tg.
161	06/419	28 J. verh. 0 p. Vor 1 M. Incarceratio uteri retrofl. gavidi m. 3. Damals Reposition. Geschwulst wuchs rasch. Ovarialtumor? Geburtshindernis.	Zuerst Versuch das breitbasig aufsitzende subseröse Myom zu enukleieren; mißlingt. Supravag. Amp.	Uterus entspricht dem 4.—5. Monat. Das große subseröse Myom ist intraligamentär entwickelt und reicht bis unter die Decidua. Noch 5 kleinere subseröse Myome. 222 gr.	Afebril, Entl. n. 20 Tg.
162	06/487	44 J. verh. 1 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subseros. 1 kindskopfgroßes Myom intraligam. Pyosalpinx et Pyoovar. sin. Hydrosalpinx dextr.	9. Tg. 38.4 Embolie. 11. Tg. 38.4 Embolie. Entl. n. 49 Tg.
163	06/502	45 J. verh. 0 p. Rasch. Dickwerden des Bauches. Obstipat. Kystoma ovarii?	Ovariotoma dupl. Amp. supravag.	Kystoma ovarii dupl. Myomata ut. aller 3 Arten.	Afebril, Entl. n. 29. Tg.

L. N.	J. N.	Anamnese. Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
164	06/526	39 J. verh. 0 p. Blasenbeschwerden	Amp. supravag. Entf. beider Adnexe.	Myomata ut. intramural. et subserosa. 800 gr. Deg. cystica beider Ovarien.	Afebril, Entl. n. 18 Tg.
165	06/535	40 J. led. 0 p. Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramural. 1230 gr.	2. Tg. 38,1, Entl. n. 22 Tg.
166	06/570	43 J. 0 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa, kindskopfgroß. Schleimpolyp der Cervix.	Afebril, Entl. n. 25 Tg.
167	07/7	32 J. verh. 2 p. Blutungen, hochgradige Anaemie.	Amp. supravag. mit extraperitonealer Stielversorgung. Vorlagerung durch Gummischlauch u. Lanze.	Myoma submucos., kindskopfgroß.	Febril bis zum 17. Tg., am 21. Tg. Pyocyaneus, Entl. am 68. Tg. Wunde trichterförmig, tief. Portio sehr hoch.
168	07/20	53 J. led. 0 p. Blutungen.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma submucos. 720 gr.	Afebril, Entl. n. 31 Tg.
169	07/127	33 J. verh. 2 p. Vor 1/4 J. Schmerzen, Gravidität d. myomatös. Uterus. Frucht ging vor 4 Tagen ab. Schmerzen aufs heftigste gesteigert, übelriechender Ausfluss. Druckempfindlicher, beweglicher Tumor. *Torsion eines Myoms. Gefahr der Nekrose.*	Amp. uteri supravag. mit extraperitonealer Stumpfversorgung. (Gummischlauch u. Lanze. Paquelin.) Entf. der Adnexe.	Myoma subserosum von 150 gr. Gewicht sitzt auf linken Uteruskante. Uterus ist um 180° torquiert. Auf der Oberfl. des Myoms zahlreiche erweiterte Blutgefäße mit Thromben. Am Fundus Uterus noch ein wallnußgroßes subserös. Myom.	Afebril, Entl. n. 54 Tg. mit kleiner Fistel. Der ca. 4 cm lange Stumpf hängt mit dem äussern Wundtrichter zusammen. Nirgends ein Stumpfexudat.
170	07/138	43 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramuralia et subserosa, 1300 gr.	1.—5. Tg. 38,0—38,2, 9.—13. Tg. 38,0—38,2 Thrombophlebitis, Entl. n. 25 Tg.
171	07/186	38 J. led. 0 p. Blasenbeschwerd. Retentio urinae.	Amp. supravag. Entf. d. r. Adnexe.	Myoma subseros. intraligamentare, 700 gr.	1.—2. Tg. 38,1—38,3, 4. Tg. 38,0, Entl. n. 22 Tg.
172	07/246	53 J. led. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata uteri intramuralia et subserosa 1220 gr. 1 intramuraler Knoten cystisch degeneriert.	1.—3. Tg. 38,0, Entl. n. 24 Tg.

173	07/256	51 J. verh. 0 p. seit 3 J. Menopause. Beschwerden allgemeiner Natur. Abmagerung.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramuralia et subserosa 920 gr. Arthritis deformans.	Afebril, Entl. n. 23 Tg.
174	07/281	37 J. led. 1 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata intramuralia 2700 gr.	3. Tg. 38,0 Retentio urinae, 5. Tg. 38,2, Entl. n. 19 Tg.
175	07/309	35 J. led. 0 p. Blasenbeschwerden.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myoma intramurale cervicis mit lymphangiektatischen Cysten. 670 gr.	2. Tg. 38,2, Entl. n. 26 Tg.
176	07/359	44 J. led. 0 p. Sehr rasches Wachstum.	Amp. supravag. Entf. d. Adnexe.	Myomata subserosa, gestielt. Rechts eine Hydatide mit 12 cm langem, fadenförmigen Stiel.	Afebril, Entl. n. 21 Tg.

2. Totalexstirpation.

177	01/183	43 J. led. 1 p. Menorrhagien.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myomata intramuralia et subserosa. Kindskopfgroß.	Entl. n. 49 Tg.
178	01/296	33 J. verh. 2 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden (Retentio urinae).	Abdominale Totalexstirpation.	Myoma cervicale intraligamentare. Mannskopfgroß.	Afebril, Entl. n. 25 Tg.
179	01/323	36 J. verh. 2 p. Menorrhagien, schmutziger übelriechender Ausfluss. Verjauchung.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myomata intramuralia gangraenosa et subserosa. 1316 gr. Pyosalpinx dpl. Links Ovarium cystisch. Degeneratio cordis ex abus. in alkohol.	Collaps p. op. 2mal Na Cl infus., 4mal Campher. Ca. 14 Std. p. op. plötzlicher Collaps, Delirium cordis. *Exitus*. Anatom. Diagnose: Lipomatosis univers. Dilatatio et myodegeneratio cordis, Milztumor, Fettleber, Nephritis parenchymat. Dilatatio ventriculi.
180	02/333	50 J. verh. 5 p. Vor 13 Jahren Tumor in l. Inguinalgegend, keine Op. In letzt. Zeit rasch. Wachstum. Seit 3 Woch. Schmerz. im r. Bein. Starke Gewichtsabn., 4 kg in 14 Tg.	Totalexstirpation mit den Adnexen. Entf. von carcinomatösen Drüsen in d. r. Inguinalgegend.	Carcinoma uteri myomatosi über kindskopfgroß. Metastasen in den Inguinaldrüsen.	Afebril, Entl. n. 24 Tg. In VaginaCarcinommetastasen, knötchenförmig wie beim Eintritt. 3 Monate nachher Metastasen in Vagina bedeutend größer.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
181	02/345	44 J. verh. 2 p. Menorrhagien, Abmagerung, Anaemie.	Totalexstirpation wird vaginal begonnen; wegen starker Blutung und Unzugänglichkeit abdominell beendigt.	Myoma uteri subseros., intraligamentare, kindskopfgroß.	Nach Op. halbseitige mot. u. sensible Lähmung. Apathie. Facialis parese, Ptosis links, Parese der conjugirten Augenmuskeln. 3. T. p. op. Diagnose (Spezialist): Apoplexia cerebri (Arteriosklerose? Lues?) 4. Tg. Schlingbeschwerden. 6. Tg. sichtbares Verfallen. *Exitus*. Anatomische Dragnos: Coradiposum Endokarditis mitralis Myocarditis fibrosa, Embolia art. fossae Silvii dextr. Infarkt. renum Lungenoedem, Peritonitis adhaesiva, Kotgeschwüre des Darmes. Linke Ureter 6,5 cm. oberhalb d. Blaseneinmündung verengt. durch Sutur.
182	02/407	45 J. verh. 4 p. Seit 1 Jahr sehr rasch wachsende Geschwulst im Leib.	Totalexstirpation.	Myomata intramuralia et subserosa, 3274 gr partim intraligamentare. Kleines Lipom d. parametranen Bindegewebes. Struma, Ulcus cruris. Emphysem.	2. Tg. 38,1, Entl. n. 23. Tg.
183	03/55	38 J. verh. 6 p. Menorrhagien. Vor 6 Wochen wegen Geschwulst Geburt durch Forceps.	Totalexstirpat. Castratio sin.	Myoma intramurale 1270 gr puerperale Nekrose mit Durchbruch ins Cavum uteri. Ruptura perinei inveterata.	Vom 9.—15. Tg. febril, höchste Temp. 39,5 Exploration ergibt nitil, Entl. n. 31 Tg.
184	03/205	68 J. verh. 12 p. Seit 13 Jahren Menopause. Seit 2 Monaten Abmagerung, Blutungen seit 5 Tagen.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Kindskopfgroßes, sarcomatös degeneriertes intramural. Myom. Geschwulstthromben in den Gefässen.	Anfänglich afebril, steht am 19. Tg. auf. Fieber am 27. Tg. Exudat links. Am 33. Tg. Schüttelfrost. Infiltration d. ligg. cardinalia. Entl. am 41. Tg. gegen Revers.
185	03/460	59 J. verh 5 p. Menopause seit 7 Jahren, Blutungen, Harndrang.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myoma intramurale 530 gr.	Afebril, Entl. n. 28 Tg.

186	03/498	47 J. led. 0 p. Seit 2 J. auffallend. Dickerwerden des Bauches. Verdacht auf malignen Ovarialtumor.	Totalexstirpation mit den Adnexen. Lösung von zahlreich. Darmadhäsionen.	Fibromyomata subserosa intraligament. 3450 gr.	Afebril, Entl. n. 45 Tg.
187	03/531	45 J. verh. 5 p. Blutungen, Abmagerung.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Verjauchtes submucöses Myom apfelgroß.	Afebril, Entl. n. 36 Tg.
188	04/350	32 J. verh. 1 p. Blasenbeschwerden neben sehr ausgesproch. Beschwerden allgemeiner Natur.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myoma cervicis intramurale intraligamentare. Endrometris hyperplastica.	Febril bis zum 4. Tg., Entl. n. 36 Tg.
189	04/476	44 J. led. 0 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myoma subseros. cervicis et Myoma intramurale corporis. 560 gr.	2.—3. Tg. 38,0—38,7, Entl. n. 42 Tg.
190	04/499	57 J. verh. 1 p. Menopause seit 3 Jahren. Blutung. Carc.-verdacht.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Multiple subseröse u. intramurale Myome. 305 gr. Carcinoma corporis.	Afebril, Entl. n. 36 Tg.
191	05/154	55 J. verh. 0 p. Seit 3 Jahren Menopause. Blutungen. Abgang v. Fetzen.	Totalexstirpation mit d. l. Adnexen.	Myomata intramuralia 900 gr. Polymorphzelliges Sarcom mit Riesenzellen von der Schleimhaut ausgehend.	Febril bis zum 14. Tg. 38,3, Entl. nach n. 35 Tg.
192	05/501	43 J. verh. 3 p. Blutungen. Blasenbeschwerden.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Durchblutetes Fibromyoma intramurale intraligamentare. 560 gr.	6.—7. Tg. 38,1, 38,0 Cystitis p. op., Entl. n. 26 Tg.
193	05/527	46 J. verh. 3 p. Seit einigen Wochen blutig tingirter Ausfluss, Abmagerung, Blasenbeschwerden, *Cervixcarcinom.*	Totalexstirpat. (nach Mackenrodt).	Carcinoma cervicis Blasenwand carcin. infiltriert. Myomata subserosa, den Douglas ausfüllend, adhärent mit dem Rectum.	Bald n. Op. Puls schlecht. Cyanose Coffein. Campher. Extremitäten kühl, kalter Schweiss. Na Cl, O_2 Inhalation. *Exitus* 1½ Std. p. op. *Anatomische Diagnose:* Dilatatio cordis utriusque ventriculi. Myodegeneratio cordis. Embolia pulm. Extravasate des Operationsfeldes. Anaemie. Tbc. inveterata pulm. dextr. Pleuritis adhaesiva, Hyperaemia hepatis et renis mechanica. An Stelle des periproctalen Gewebes eine mit Gaze ausgestopfte Höhle, welche stark mit Blut durchtränkt ist.

L. N.	J. N.	Anamnese, Indikation.	Operation.	Art der Geschwulst, Nebenbefunde.	Heilungsverlauf.
194	06/46	42 J. verh. 0 p. Blasenbeschwerd. neben heftigsten Beschwerden allgemeiner Natur.	Totalexstirpation. Salpingectomia dpl.	Myoma uteri subseros. 560 gr. Pyosalpinx dpl.	1. Tg. 38,4, Entl. n. 27 Tg.
195	06/40	49 J. verh. 3 p. Blutungen, Malignität. Metastase in der Scheide.	Totalexstirpation m. Parametrien. Exstirpatio tum. metastat. vaginae. Entf. d. Adnexe.	Sarcoma fusocellulare in Myomate. 820 gr.	7. Tg. fistula stercoralis (Verband mit kotig. Massen durchtränkt), Abgang v. Kot p. vag. 16. Tg. Cystitis. 21. Tg. Wunde bis auf fingerbeerengrosse Fistel geheilt. Vulvaeczem. 36. Tg. kein Kot mehr p. vag. Fistel oben nur noch wenig Kot entleert, Entl. am 48. Tg. mit bleistiftdicker Kotfistel handbreit unterhalb d. Nabels. Urin klar; kein Kot p. vag. *Wiedereintritt* n. 10 Monaten. Fistel habe sich im 8. Monat geschlossen. Jetzt Schmerzen. Hernie p. lap. wenig Schmerzen. *Exploration:* Im lig. Douglasii ein taubeneigrosses Infiltrat., keine Operation.
196	06/237	42 J. verh. 0 p. Blutungen Kystoma ovarii?	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myomata uteri aller 3 Arten. Klein kindskopfgroß.	7. Tg. 38,0, Entl. n. 34 Tg.
197	06/363	40 J. led. 1 p. Menorrhagien, Blasenbeschwerden, Herzklopfen, Engigkeit.	Totalexstirpation mit den Adnexen.	Myoma cervicale subseros. intraligamentare. 1200 gr.	1.–3. Tg. 38,3, 28. Tg. Cystitis, Entl. n. 38 Tg.
198	06/451	44 J. verh. 0 p. Seit 2 Jahren sanguinolent gefärbter Ausfluss. Miction erschwert. *Carcinoma cervicis.*	Totalexstirp. (nach Mackenrodt).	Carcinoma cervicis klein kindskopfgroßes subseröses Myom. Salpingitis dpl.	Schon während op. Campher; erholt sich langsam, abends 38,4. P. 126. Unruhige Nacht, morgens mühsame Atmung, Puls kaum fühlb., unregelm. Temp. 40,0. Abwechselnd Campher, Coffein, Na Cl 2×400 cm³, abds. 40,0 P. 160. Exitus 7 Uhr p. m. *Anatomische Diagnose:* Emph. et oedema pulm. Myodegeneratio cordis. Ascariden.
199	07/84	47 J. verh. 0 p. Blutungen. Heftigste Schmerzen.	Totalexstirpation. Entf. d. Adnexe. Resektio proc. vermif.	Myomata aller 3 Arten 600 gr. Adenocarcinoma uteri et ovarii dextr. Salpingitis dpl.	2. Tg. 38,0, 42. Tg. Thrombophlebitis d. r. B., Entl. nach 70 Tg.

200	07/300	37 J. verh. 0 p. Beschwerden allgemeiner Natur.	Vag. Exstirp. zuerst versucht, Unmöglichkeit; enge Scheide, *Schuchardt,* Nachfass. durch große Weichheit, Brüchigkeit d. Wand unmögl. Haupttumor läßt sich nicht herunterbringen. Morcellement erfolglos. Sehr starke Blut. aus dem zerfetzten Uterus. Beendigung durch abdominellen Weg. Adnexe zurückgelassen.	Zahlreiche kleinere und größere intramurale Knoten, großes submucöses Myom.	Afebril, Entl. n. 26 Tg.
201	07/336	53 J. verh. 1 p. Blutung, Blasenbeschwerden. Vor 4 Monaten Apoplexie mit nachfolgender Facialisparese.	Totalexstirpation, da Tumor weit herabreicht u. intraligamentär entw.	Myomata subserosa intraligament.	1. Tg. 39,2, 2. Tg. 38,1, 16. Tg. 39,0, Entl. n. 38 Tg.